LA PSYCHOGÉRIATRIE

Éléments de réflexion

Québec

88-04129/

LA PSYCHOGERIATRIE

ELEMENTS DE REFLEXION

MINISTERE DE LA SANTE
ET DES SERVICES SOCIAUX
DIRECTION GENRALE DE
LA SANTE
SERVICE DE LA COORDINATION
DES RESSOURCES

Mai 1987

J'exprime ma plus profonde gratitude et mes plus sincères remerciements aux membres du comité aviseur qui m'ont judicieusement conseillé dans la rédaction de ce document. Il s'agit de:

Monsieur Gérard Langlois-Murine, psychogériatre à l'Hôpital d'Youville de Sherbrooke

Madame Mireille Ducros-Gagné, infirmière psychiatrique, coordonnatrice de l'hôpital de jour au Centre hospitalier J.-H. Charbonneau de Montréal

Madame Michèle Auclair, coordonnatrice aux services aux personnes âgées, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de la région de Québec

MARC PLAMONDON
Service de la coordination
des ressources
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PERSONNES CONSULTEES

ALBERTON, Mario,
Chef du Service des soins aux personnes âgées
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

BEDARD, Jean-Gilles
Directeur adjoint
Service des soins infirmiers
Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci
Montréal

BOUVIER-JETTE, Micheline
Conseillère
Centre hospitalier Côte-des-Neiges
Montréal

COUTURE, Jacques
Directeur des soins infirmiers
C.L.S.C. Trois-Saumons
Saint-Jean-Port-Joli

DIMITRI, Raouf, m.d., psychogériatre
Directeur des Programmes de psychogériatrie
Centre hospitalier Douglas
Montréal

DURAND, Pierre J., m.d., gériatre
Services gériatriques
Centre hospitalier de l'Université Laval
Québec

BEÏQUE LABERGE, Denise
Directrice générale
C.L.S.C. Métro
Montréal

LEVESQUE, Louise,
Professeur titulaire
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montréal
Montréal

NAMIASH, Daphné,
Coordonnatrice du maintien à domicile
C.L.S.C. Métro
Montréal

PFIEFFER, Marie-France
Responsable des services de courte durée
Conseil de la Santé et des Services sociaux du Montréal Métropolitain
Montréal

POTVIN, Jacques, m.d., psychogériatre
Clinique Roy Rousseau
Québec

TRACYCK, Colette
Responsable du Secteur des services d'hébergement
et des soins de longue durée
Conseil de la Santé et des Services sociaux du Montréal Métropolitain
Montréal

TABLE DES MATIERES

	PAGE
AVANT-PROPOS	I
INTRODUCTION	1
1. LA PROBLEMATIQUE	3
1.1 La prévalence des troubles mentaux	3
1.2 L'incidence des troubles mentaux selon le diagnostic	4
1.2.1 Les troubles mentaux fonctionnels	4
Les réactions d'adaptation au vieillissement	4
Les syndromes dépressifs	6
Les paraphrénies	11
1.2.2 Les troubles mentaux organiques	12
1.2.3 Le syndrome cérébral organique versus la maladie réversible (aiguë) ou irréversible (chronique)	20
1.3 Les erreurs de diagnostics	23
2. PROBLEMES PARTICULIERS AUX PERSONNES AGEES	29
2.1 L'impact du vieillissement chez la personne âgée	29
2.2 La Réaction de la personne âgée	36
3. L'INTERVENTION GERIATRIQUE	42
4. LA DEFINITION ET LES OBJECTIFS DE LA PSYCHOGERIATRIE	46
5. LES PROGRAMMES D'INTERVENTIONS EN PSYCHOGERIATRIE	49
5.1 La prévention	49
5.2 L'évaluation diagnostique	50

TABLE DES MATIERES

PAGE

5.3 La thérapie 60

5.4 L'orientation et le suivi 70

5.5 La consultation 73

5.6 L'enseignement et la recherche 74

6. L'ORGANISATION DE LA PSYCHOGERIATRIE 76

6.1 Qui fait quoi? 77

6.2 L'équipe multidisciplinaire 80

6.3 L'équipe multidisciplinaire ambulatoire 82

6.4 Les responsabilités des membres de l'équipe psychogériatrique 86

Le psychogériatre 87

Le médecin de famille 88

Le personnel infirmier 89

Le travailleur social 90

6.5 La prise en charge du bénéficiaire en psychogériatrie 91

6.6 Le plan de services et le plan d'intervention 96

6.7 Le milieu de vie 99

L'intégration en institution 100

CONCLUSION 104

ANNEXE I - Signes et symptômes de dépression chez la personne âgée 109

ANNEXE II - Symptômes de la démence et de la pseudo-démence 111

ANNEXE III - Facteurs étiologiques et critères diagnostiques des syndromes cérébraux organiques (S.C.O.) 112

BIBLIOGRAPHIE 128

AVANT-PROPOS

LES BESOINS CONTINUS ET PROGRESSIFS DES PERSONNES AGEES

Toute personne, à un moment donné de son existence, a un besoin de services sociaux ou médicaux, plus particulièrement la personne âgée chez qui ce recours est plus fréquent et soutenu. A cet effet, des services statutaires et communautaires leur viennent en aide. Ils ont pour but de prévenir l'apparition de troubles physiques, psychologiques ou sociaux, ou d'améliorer ou de statibiliser son état.

Même si les recherches démontrent que près de 69% des personnes âgées vivent relativement en bonne santé et que de ce nombre, 30% d'entre elles ont besoin d'une certaine aide pour faire les emplettes, préparer les repas ou pour accomplir les travaux légers ou lourds, celles-ci doivent continuer de jouer un rôle familial et social positif. On doit prévenir, chez-elles, l'apparition des problèmes psycho-sociaux et médicaux qui peuvent survenir, en adoptant des politiques de retraite, de revenu, de logement, de prévention sanitaire et offrir des services de soutien à domicile et de regroupement communautaire comme les H.L.M. et les logements protégés ou adaptés.

Entre 10 et 15% des personnes âgées, en perte d'autonomie, nécessitent le support de la famille. Aux services précédemment énumérés s'ajoutent une aide auprès du bénéficiaire âgé et de la famille tels que l'hébergement temporaire, les soins infirmiers et thérapeutiques.

Environ 15% des personnes âgées souffrent d'incapacités ou de maladies nécessitant l'intervention de services de jour, d'hébergement ou d'hospitalisation. Leur situation se distingue de beaucoup de l'adulte moyen par les six éléments suivants:

1o- l'évolution rapide de la maladie, dont les dégâts sont souvent irréparables même en dedans de 24 heures;

2o- la coexistence de plusieurs états pathologiques;

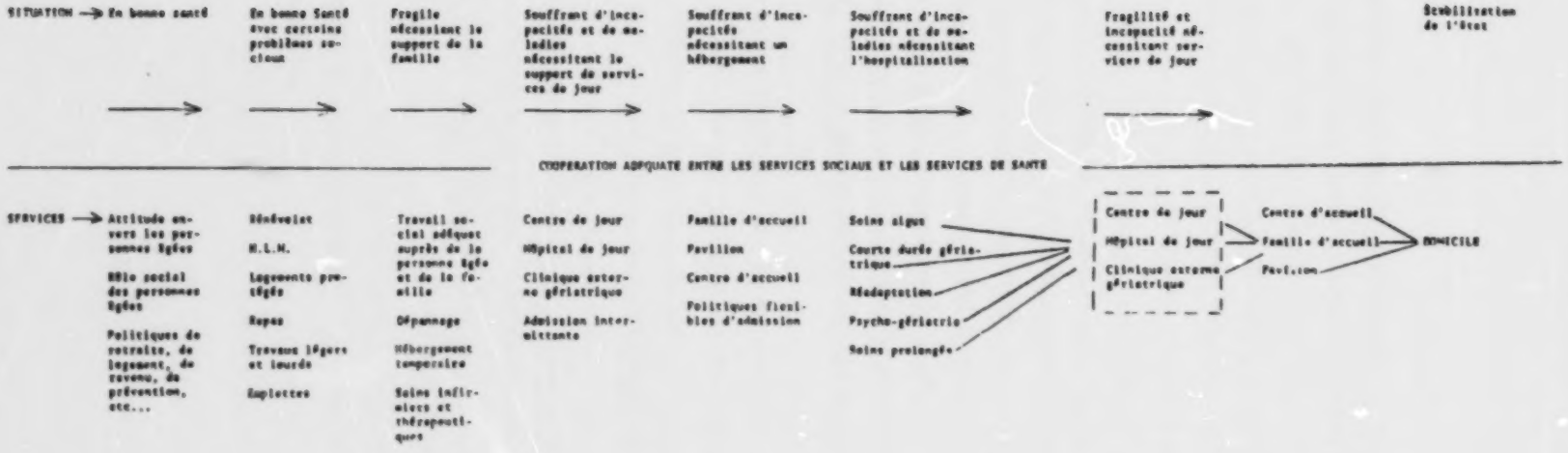
3o- l'interaction des facteurs psychologiques, sociaux et physiologiques;

4o- une capacité de récupération plus lente;

5o- l'apparition de séquelles permanentes accentuant la perte d'autonomie, entraînant l'instabilité de l'état physique et mental, ainsi qu'une exposition accrue à d'autres maladies;

6o- la difficulté d'adaptation à certaines situations sociales (perte du conjoint, des amis, du travail, du revenu, etc.)

SPECTRUM DES BESOINS CONTINUS ET PROGRESSIFS DES PERSONNES AGEES



On se trouve en présence d'une clientèle gériatrique qui nécessite une approche globale, pluridisciplinaire, ainsi que des services qui répondent adéquatement et de façon continue à ses besoins. Les intervenants doivent avoir constamment à l'esprit le désir du bénéficiaire de demeurer dans son milieu et que l'institutionnalisation en hébergement ou en soins à long terme constitue l'ultime recours.

Dépendant de son état et de ses besoins, le bénéficiaire reçoit le service requis. S'il nécessite le support des services de jour, le centre de jour, l'hôpital de jour et la clinique externe gériatrique répondent à son attente. Si c'est un cas d'hébergement, on dispose de la famille d'accueil, du pavillon ou de l'hébergement. S'il est admis à l'hôpital, on lui offre les services de soins aigus, de courte durée gériatrique, de moyen séjour, de psycho-gériatrie et de soins à long terme.

C'est donc un ensemble de besoins et de services progressifs et continus qui vont en se compliquant et en s'alourdissant, selon l'état de la personnes âgée. Le tableau, ci-inclus, indique de gauche à droite l'augmentation progressive de la complexité des besoins et des services. Avec l'aggravation des problèmes médicaux et psycho-sociaux, surtout à partir du moment où le patient nécessite les services de jour, le nombre d'intervenants augmente et on se trouve dans une zone gériatrique, c'est-à-dire que les problèmes ont une prédominance médicale, à laquelle s'ajoutent des problèmes psycho-soiaux.

Aussi, plus on se dirige vers la droite, vers les services hospitaliers, plus les coûts sont élevés.

Comme le bénéficiaire se doit de recevoir le bon service, au bon moment et au bon endroit et que l'Etat vise à rendre ces services adéquatement et à un coût efficace, il est important de définir le rôle et la place de chaqun de ces services et de décrire les programmes qui sont mis en place. Autrement, à défaut de rendre les services adéquats, on se retrouve devant l'engorgement des services plus lourds, puisque toute incapacité à fournir le service requis au bon moment pousse la demande vers d'autres services plus complexes. Ce qui a comme conséquence, par exemple, d'entraîner, dans certaines régions, une pénurie de lits d'hébergement et d'hôpitaux, malgré un surplus théorique. On doit donc s'assurer que le continuum et la progression des services soient fournis en bonne proportion et qu'ils soient coordonnés dans le respect des principes suivants:

- des soins et services qui tiennent compte de la personne âgée dans son environnement physique, psychologique et social et qui la considèrent comme actrice principale des interventions faites auprès d'elle;

- le désir de la personne âgée de demeurer à domicile;

- le respect du milieu naturel et communautaire de la personne âgée;

- l'institutionnalisation de la personne âgée comme dernier recours, après avoir exploité à leur maximum toutes les ressources existantes du maintien à domicile;

- l'implication de la personne âgée elle-même, de sa famille, de son entourage, de la communauté;

- la confiance dans la personne âgée, dans ses capacités de récupération et d'adaptation à des nouvelles formes de vie;

- le maintien ou le retour de la personne âgée dans son milieu de vie naturel;

- des soins et services qui visent une meilleure qualité de vie tant en milieu naturel qu'en milieu institutionnel;

- des soins et services intégrés le plus possible à la communauté;

- des soins et des services actifs, orientés vers la réactivation des fonctions, la réadaptation des personnes et l'amélioration de la qualité de la vie.

On doit aussi s'assurer que les organismes ou les établissements qui rendent les services, travaillent en complémentarité et, qu'à cette fin, ils répondent aux exigences suivantes:

- le respect de leurs vocations spécifiques telles que définies par la Loi et les orientations ou politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux;

- de la souplesse, afin qu'ils puissent s'adapter aux besoins grandissants et particuliers des personnes âgées;

- la définition par chacun d'eux de sa philosophie d'approche (globale et multidisciplinaire) auprès des personnes âgées qu'ils desservent: programmation thérapeutique, modification de la distribution des ressources humaines et financières, définition de sa structure d'accueil, etc...;

- le développement et la diversification d'alternatives de plus en plus nombreuses aux services institutionnels où doivent se cotoyer les intervenants du réseau des services de santé et des services sociaux et les autres partenaires du milieu;

- l'accessibilité à tous les services requis;

- la complémentarité, la continuité et la coordination des services et des ressources.

C'est dans le respect des principes et des conditions mentionnés ci-dessus, que la Direction générale du recouvrement de la santé a élaboré certains documents de réflexion et d'orientation, tels le réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, la courte durée gériatrique, l'hôpital de jour, la réadaptation en soins de longue durée, la clinique externe gériatrique et les services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Le présent document, qui traite de la psychogériatrie, s'ajoute à cette série de publications.

Service de la coordination
des ressources

INTRODUCTION

La psychogériatrie constitue une des préoccupations majeures des services de santé et des services sociaux, d'autant plus que la population âgée s'accroît considérablement et que bon nombre d'entre elles présentent certains troubles mentaux.

A cet égard, ce document espère apporter une réflexion sur la problématique des personnes âgées aux prises avec des troubles de comportement et des désordres émotionnels dans les services internes et externes des centres hospitaliers. A cet effet, une approche psychogériatrique vise à améliorer la précision de l'évaluation diagnostique, à rendre le traitement plus adéquat et à orienter le bénéficiaire vers les services et les programmes les plus appropriés dans l'ensemble du réseau institutionnel et alternatif.

Ce document ne prétend pas répondre à toutes les interrogations relativement aux troubles de comportement et aux désordres émotionnels des personnes âgées.

Il couvre plutôt le "moment hospitalier" et se situe à l'entrée de la personne âgée dans les systèmes de soins dits de courte durée, afin d'apporter une réponse satisfaisante aux questions de bon diagnostic, de bonne évaluation multidisciplinaire des besoins et de bonne orientation vers les services.

Il désire clarifier quelques concepts afin d'éliminer une certains confusion qui existe dans la terminologie, les symptômes et les maladies.

Il ne considère pas l'hôpital comme le "centre" de la psychogériatrie, ni le médecin comme le seul "chef d'orchestre"; toutefois, l'hôpital et le médecin sont, à un moment précis, des éléments importants dans le réseau de soins et de services continus et intégrés.

Il suppose également un système social, médical et institutionnel ouvert où la majorité des personnes âgées aux prises avec des problèmes psychogériatriques sont prises en charge par le milieu familial ou significatif, le support mutuel de l'entourage, l'aide communautaire ou de groupes.

Il se situe dans une vision globale des besoins et services des personnes âgées et dans un réseau de services intégrés, ouverts et complémentaires.

Il se veut une amorce de la compréhension d'une problématique fort complexe et diversifiée qui, conséquemment, nécessiterait d'autres études.

Dans les lignes qui suivent, on y présente la problématique; on décrit les problèmes particuliers reliés aux personnes âgées et l'intervention gériatrique; les objectifs sont définis ainsi que les principaux programmes d'intervention en psychogériatrie; finalement, quelques éléments d'organisation de la psychogériatrie sont élaborés. La conclusion résume les idées maîtresses véhiculées dans ce document.

1- LA PROBLEMATIQUE

1.1 La prévalence des troubles mentaux

Diverses modifications sur le plan bio-psycho-social accompagnent le vieillissement et rendent la personne âgée davantage vulnérable aux maladies physiques et mentales. Une étude réalisée par R. Butler (1975) aux Etats-Unis, témoigne que les troubles psycho pathologiques augmentent avec l'âge et que 54.8% des troubles mentaux se retrouvent chez les personnes âgées:

moins de 25 ans	=	23	cas/1,000 personnes	=	5.3%
entre 25 et 34 ans	=	79	cas/1,000 personnes	=	18.3%
entre 35 et 64 ans	=	93	cas/1,000 personnes	=	21.6%
plus de 65 ans	=	236.1	cas/1,000 personnes	=	54.8%
		431			100%

L'enquête de Kay, Beamish et Ruth (1964), à Newcastle Upon Tyne, conclut que 31% des personnes âgées souffrent de troubles psychiatriques fonctionnels; ce qui est corroboré par Whanger et Busse (1975) et Wasylenki (1982) qui ajoutent qu'environ 15% d'entre elles en sont sévèrement atteintes.

Ces dernières souffrent aussi de maladies physiques et il n'est pas rare de constater la coexistence de maladies physiques et mentales (Kidd, 1962, Mezey et al, 1968). Murphy (1984) affirme même que 60% des personnes âgées qui souffrent de dépression, sont aux prises avec une maladie chronique.

Un document de l'Hôpital Youville de Sherbrooke (1984) avance un chiffre de 15 à 40% de personnes âgées qui auraient besoin d'une aide psychiatrique. Les recherches et les connaissances en psychogériatrie étant plutôt limitées, tant au Québec qu'à l'étranger, il semble qu'un chiffre de 30 à 40% ne serait pas exagéré et présenterait une image assez près de la réalité.

1.2 La prévalence des troubles mentaux selon le diagnostic

Les troubles mentaux sont d'ordre fonctionnel ou organique. Les premiers, dans la plupart des cas, ne sont la conséquence d'aucune atteinte du cerveau; les seconds sont occasionnés par des lésions à des endroits déterminés du cerveau, lésions qui se manifestent par une détérioration cognitive ou intellectuelle (Roux, Levesque, 1985).

Toutefois, la distinction dans cette dichotomie fonctionnelle versus organique n'est pas toujours facile à établir, d'autant plus qu'il existe souvent des recouvrements entre eux (Lipowski, 1980; Seltzer et Sherwin, 1978; Wells, 1980). En effet, un trouble fonctionnel comme la paranoia, l'état dépressif ou autres, peut être organique, si une cause organique est responsable de ce comportement (Lipowski, 1984).

1.2.1 Les troubles mentaux fonctionnels

Les réactions d'adaptation à la vieillesse, les syndromes dépressifs et les paraphrénies figurent parmi les troubles mentaux fonctionnels les plus fréquents qui accablent les personnes âgées.

Les réactions d'adaptation au vieillissement

Les réactions d'adaptation à la vieillesse peuvent constituer une forme de trouble fonctionnel. Habituellement, elles apparaissent suite à une maladie, ou bien lorsque les personnes âgées constatent l'altération de leurs capacités physiques

ou mentales ou bien, suite à une perte quelconque: perte du conjoint, d'un ami, d'un enfant, du travail, du revenu, d'un bien matériel, de sa situation, de son prestige social ou de son domicile.

Ces personnes ont l'impression de ne plus maîtriser la situation; elles sont anxieuses et inquiètes; elles se sentent abandonnées et privées d'affection (Vellas, 1982). Selon Mishara et Riedel, (1984) le principal résultat de ces changements semble être un profond sentiment de solitude, car elles ne peuvent toutes compenser ces multiples changements par de nouvelles relations sociales et affectives dans leur milieu. Elles manifestent quelquefois certains comportements de négativisme, de régression, d'agitation, d'agressivité ou autres.

Le changement le plus radical, celui de l'institutionnalisation, les frappe parfois brutalement, si aucun moyen n'est prévu pour atténuer ses effets. Les relations avec les autres bénéficiaires et le personnel seront perturbées par des agressions physiques et verbales, par des fugues, des intrusions dans les chambres et la vie intime des bénéficiaires, etc... Plusieurs d'entre elles refusent la vie qui les entoure; elles demeurent figées dans leur lit ou leur fauteuil. La vie ne leur semble plus valoir la peine d'être vécue; elles n'y attendent plus de satisfaction. Alors, la dépression ou d'autres maladies mentales ou physiques risquent de s'installer.

Les syndromes dépressifs

La dépression frappe fréquemment les personnes âgées; c'est le trouble fonctionnel le plus commun. Tessier et al. (1984) croient que le tiers d'entre elles en sont atteintes. Marie Talliver (1983) évalue ce nombre à 15%. A elle seule, la dépression représente la moitié de tous les troubles psychiatriques chez les âgés (Wasylenki, 1982). Busse et Wang (1974) estiment que le quart des personnes âgées vivent, à un moment ou l'autre, une période dépressive, dont la cause la plus courante, selon Wasylenki (1982) est la baisse de l'état de santé en général.

Post (1968) révèle, qu'en vieillissant, les personnes âgées ont de plus en plus tendance à être préoccupées par leurs troubles fonctionnels, et que cette préoccupation est souvent associée à des syndromes dépressifs. Il ajoute que celles qui ont souffert de dépression, tout au long de leur vie, en sont souvent atteintes à l'âge de la vieillesse.

Les auteurs ramènent à quatre types les approches théoriques de la dépression: le type freudien ou dynamique, le type behavioriste, le type congnitif et le type social. Elles ont toutes en commun, qu'elles prédisent la recrudescence des difficultés au cours de la vieillesse (Mishara et Riedel, 1984).

Selon Freud, (1915) la dépression est une réaction à une perte. Comme les personnes âgées subissent plusieurs pertes,

leurs effets cumulatifs hâtent chez-elles l'apparition d'un état dépressif, même en l'absence de toute prédisposition. Avec chaque nouvelle perte, tout s'accentue au point que l'avenir ne renferme plus pour elles aucun espoir de soulagement.

La théorie behavioriste associe la dépression à une perte de renforcements positifs tant physiques que sociaux (Ferster, 1974). La personne âgée qui s'en voit privé se déprime, ce qui entraîne une chûte du taux d'activité, suivie d'une nouvelle baisse du taux de renforcements, et ainsi de suite, de sorte qu'elle se trouve enfermée dans un cercle vicieux (Mishara, Riedel, 1984). Cette théorie prédit une élévation du taux de dépression au cours de la vieillesse, puisque les personnes âgées subissent une perte de renforcements positifs conséquents à la privation d'activités, aux difficultés matérielles et financières et à l'isolement social.

Le thème central de la théorie cognitive de la dépression s'organise autour des trois représentations du soi, du monde extérieur et de l'avenir, autour desquelles le déprimé passe son temps à en ruminer les aspects négatifs et pessimistes. Dans tout ce qu'il entreprend il est perdant et le sera toujours, et n'entrevoit aucun espoir.

La principale théorie sociale de la dépression, celle de Harry Sullivan (1953) stipule que l'individu a tendance à se voir à travers les yeux des autres, ainsi qu'à se saisir dans leurs réactions et interactions à son égard. Si la réaction est

favorable, il a une bonne image de soi; si elle est défavorable l'image de soi est négative. Comme plusieurs préjugés véhiculés au sujet des personnes âgées sont défavorables, certaines d'entre elles évitent les contacts sociaux. Ce retrait ne fait qu'augmenter les idées négatives à l'égard d'elles-mêmes et favorise le développement des syndromes dépressifs.

Les principaux symptômes de la dépression chez la personne âgée, dont bon nombre sont énumérés à l'Annexe I, peuvent se manifester par un sentiment de tristesse généralisée, une vision très pessimiste de l'avenir, une faible estime de soi, un sentiment de culpabilité, une perte d'énergie, une perte de poids, une anorexie, une constipation, une insomnie et/ou une agitation fébrile, ou un retard psycho-moteur (Mishara et Riedel, 1984, Post, 1965). Le malade est souvent triste, désemparé et découragé (Fréchette, 1978).

Selon Michel Fréchette "les préoccupations hypocondriaques sont fréquentes chez les dépressifs" (Fréchette, 1978, p. 626) et après le syndrome dépressif, c'est celui que l'on retrouve le plus souvent chez les âgés (Fréchette, 1978), qui deviennent préoccupées par certaines parties de leur corps qu'ils croient lésées ou malades. Comme chez les aînés dépressifs, l'isolement social, les maladies et les incapacités physiques et mentales les rendent tristes, solitaires, anxieux et hostiles; ceci contribue à développer chez-eux le syndrome hypocondriaque. Devant son incapacité à prendre soin de lui-même, l'hypocondriaque trouve dans ces symptômes un prétexte pour échapper à ses obligations sociales et la maladie sert alors de prétexte pour justifier sa dépendance envers autrui

(Mishara et Riedel, 1984). Cette dernière devenant moins menaçante, son inquiétude se convertit en réaction d'angoisse exagérée, c'est-à-dire en hypocondrie. Ce qui est paradoxal, c'est que "l'hypocondriaque a besoin de ces symptômes pour maintenir son estime de lui-même et, qu'en même temps, il souffre de ces symptômes" (Fréchette, 1978, p. 674), à moins qu'on réussisse à l'amener à développer un plus grand intérêt face à son entourage physique et socio-affectif et qu'on canalise ses énergies vers des activités plus valorisantes.

La dépression conduit parfois au suicide. Les aînés n'échappent pas nécessairement à cette situation. Ils comptent même dans une proportion de 23% de tous les suicides aux Etats-Unis (Miller, 1978). Bassot (1981) observe une progression des suicides aux Etats-Unis, où il en constate deux fois plus chez les 65 - 75 ans que chez les 35 - 45 ans et en France, où 30% des morts par suicide surviennent chez les plus de 60 ans. Ces suicides sont des suicides déclarés officiellement, et que dire de ceux qui se laissent mourir d'inanition et d'ennui? Aussi, que dire également de ceux qui n'offrent aucune résistance à l'assaut d'une maladie organique... qui se "laissent tout simplement aller"?

La symptomatologie de la dépression ressemble beaucoup à celle de certains syndromes cérébraux organiques entre autre celui de la démence. Cependant, il ne faut pas confondre la dépression avec la démence, même si certaines personnes âgées qui souffrent de démence présentent un état dépressif et que les symptômes sont parfois analogues. Plusieurs auteurs nomment ce syndrome au cours duquel un tableau démentiel est imité par

une maladie purement fonctionelle de la pseudo-démence ou de la pseudo-démence dépressive (Roux et Levesque, 1986; Levenson, 1982; Lipowski, 1980; Moreau, 1983; Post, 1965; Wells, 1979). Il importe de faire la distinction entre la pseudo-démence dépressive et la démence. Même s'il y a une plus forte possibilité de réversibilité pour la pseudo-démence dépressive, il peut s'agir, dans les deux cas, de pathologies réversibles. Cependant, les processus d'évaluation diagnostique et les approches thérapeutiques sont tout à fait différents. Dans le premier cas, on intervient sur un processus dépressif. Dans le deuxième cas, on élimine les étiologies organiques réversibles. Par exemple, une démence causée par une hypothyroïdie peut disparaître avec une médication appropriée.

En comparant les caractéristiques cliniques de ces deux syndromes, on observe (Annexe II) que chez le pseudo-dément dépressif, les fonctions cognitives demeurent habituellement intactes; que les troubles de mémoire sont plutôt subjectifs; que le patient tente d'amplifier la gravité de ses troubles cognitifs par des plaintes de mémoire défaillante, de difficulté au niveau de la pensée, de la concentration et de ses habiletés intellectuelles. Chez le patient dément, ces troubles sont réels et il les nie. Les symptômes apparaissent plus soudainement chez le pseudo-dément dépressif, tandis qu'ils sont plus insidieux chez le dément. Comme il a été décrit précédemment concernant la dépression, la pseudo-démence dépressive débute suite à un évènement traumatisant et on y identifie les symptômes classiques de la dépression: détresse, sentiment de culpabilité, désir de mourir, etc...

Le diagnostic et le traitement précoces de la dépression s'imposent donc, puisqu'il y a espoir de guérison; autrement, elle peut devenir irréversible et même entraîner une démence ou certaines paraphrénies. Malheureusement, cette maladie est sous-diagnostiquée, d'abord parce que les vieillards cachent souvent leur dépression par toutes sortes de mécanismes de défense (Salzman et Shader, 1978) et parce que bien des professionnels de la santé attribuent cette maladie au processus normal du vieillissement.

Les paraphrénies

Les personnes âgées qui vivent seules ou qui subissent un traumatisme quelconque (maladie, incapacité, perte) peuvent être portées à s'isoler davantage et à développer, à un moment donné, certaines psychoses tardives, ressemblant aux symptômes de la schizophrénie et de la paranoïa, qu'on appelle communément délires tardifs ou paraphrénies. On rencontre aussi très souvent ce syndrome chez les aînés hébergés en institution.

Le répertoire des diagnostics de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec définit la paraphrénie comme étant une "psychose délirante dans laquelle s'observent des hallucinations manifestes, souvent polymorphes. Les symptômes affectifs et les troubles de la pensée, s'ils sont présents, ne dominent pas le tableau clinique et la personnalité est bien conservée" (R.A.M.Q., p. 487).

L'individu prend des attitudes en rapport avec son sentiment de persécution qui peut s'enrichir des phénomènes hallucinatoires. Certains se sentent persécutés et ennuyés par le personnel soignant, leurs amis ou leurs proches; ils se sentent insultés dans la rue; ils deviennent agressifs et voient des ennemis partout. Certains vivent dans un monde fantastique, rempli d'imagination délirante et de fabulation, tout en restant adapté au réel. D'autres sont très désillusionnés et se refugent dans le négativisme, la passivité et l'isolement.

La paraphrénie est une autre forme de syndrome fonctionnel très peu diagnostiqué, mais pourtant présente chez bon nombre de personnes âgées. Elle est réversible si elle est identifiée à temps et si on lui impute une thérapie convenable. A cet égard, il est important de faire la distinction entre le fonctionnement paranoïde de certaines personnes et la paraphrénie, qui demande une approche et un traitement spécifiques.

1.2.2 Les troubles mentaux organiques

Une certaine confusion règne dans la teminologie des concepts de trouble mental organique (T.M.O.), syndrome cérébral organique (S.C.O.), trouble démentiel ou état démentiel qui, quoique n'étant pas synonymes, sont souvent ramenés à une même signification.

Le docteur Bernard Gauthier définit le syndrome cérébral organique comme étant "l'état mental résultant du mauvais fonctionnement, et de façon diffuse, du tissu cérébral, peu importe la cause" (1984, p. 4).

Le D.S.M. III [1] fait la distinction entre le syndrome cérébral organique (S.C.O.) et le trouble mental organique (T.M.O.) (Roux, Levesque, 1985). Le premier (S.C.O.) désigne plutôt une classification générale qui se réfère à un ensemble de signes et de symptômes psychologiques ou comportementaux, et non à une étiologie. Le second (T.M.O.) est un syndrome cérébral organique pour lequel l'étiologie est connue ou présumée.

Par exemple, la démence telle que décrite ci-dessous est un syndrome cérébral organique mais, lorsque la cause de cette démence est connue, qu'elle soit reliée à une perte de neurones ou à une insuffisance cérébrale vasculaire chronique ou autres, elle devient un trouble mental organique de démence dégénérative pour le premier syndrome, une démence par infartus multiples pour le second syndrome ou une démence alcoolique ou autres, pour le troisième syndrome. Ces troubles cérébraux organiques prennent différentes formes de maladies comme par exemple la maladie d'Alzheimer, la plus fréquente des démences dégénératives.

S.C.O. (Exemple)	T.M.O. (Exemple)	MALADIE (Exemple)
démence	démence dégénérative	Alzheimer
démence	démence multi-infart	cérébro-vasculaire
démence	démence alcoolique	Korsakoff

(1) Pour éviter toute confusion terminologique, ce document se réfère au consensus du D.S.M. III, qui décrit la nouvelle classification des troubles cérébraux organiques développée par l'Association Américaine de Psychiatrie.

Lipowski (1984) présente sept syndromes cérébraux organiques: le D.S.M. III (1985) en identifie dix, répartis en six catégories (Tableau I). Ce qui importe de toujours avoir à l'esprit, c'est de reconnaître le syndrome cérébral organique comme un ensemble de signes et de symptômes psychologiques ou comportementaux.

En ce qui a concerne la démence, qui est un syndrome cérébral organique, elle se définit selon le D.S.M. III, à partir des critères diagnostiques suivantes(2):

a) Diminution des capacités intellectuelles d'une sévérité suffisante pour retentir sur l'insertion sociale et les activités professionnelles.

b) Troubles mnésiques.

c) Au moins une des manifestations suivantes:

   (1) altération de la pensée abstraite comme en témoignent des interprétations concrètes de proverbes, une incapacité à identifier des similitudes et des différences apparentes entre des mots, une difficulté à déficir des mots et des concepts, et à réaliser d'autres tâches similiaires;

(2) Pour plus de précisions voir Annexe III.

(2) altération du jugement;

(3) autres perturbations des fonctions supérieures telles qu'une aphasie (trouble du langage lié à un dysfonctionnement cérébral), une apraxie (incapacité à réaliser une activité motrice malgré une compréhension et des fonctions motrices intactes), une agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes), des troubles des "fonctions constructives": (praxie), par exemple une incapacité à recopier une figure à trois dimensions, à assembler des cubes ou à placer des bâtons selon une configuration déterminée;

d) Absence d'obscurcissement de la conscience, (c'est-à-dire absence des critères du Delirium et du Trouble: intoxication, bien que ceux-ci puissent être surajoutés à une Démence).

e) Soit (1) ou (2):

(1) Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation.

(2) En l'absence d'une telle mise en évidence, on peut présumer de l'existence d'un facteur organique à l'origine de ce syndrome si les autres affections que celles concernant les troubles mentaux organiques ont été raisonnablement exclues et si les modifications du comportement représentent une altération des processus congnitifs dans des domaines variés.

Les démences peuvent originer de différentes étiologies ou processus psycho-pathologiques comme, par exemple, les plus fréquentes qui sont:

1o- les démences dégénératives, reliées à une perte de neurones, dont la plus connue est la maladie d'Alzheimer;

2o- les démences artériopathiques ou à infartus multiples en rapport avec l'insuffisance vasculaire cérébrale chronique;

3o- les démences séniles mixtes (dégénératives et vasculaires) (Duisabo, 1981).

TABLEAU I

Regroupement des syndromes cérébraux organiques selon le DSM-III*

SYNDROME	CARACTERISTIQUES
Delirium, Démence	l'affaiblissement des fonctions cognitives est relativement global.
Syndrome amnésique, Etat hallucinatoire organique	une atteinte déficitaire relativement sélective de certaines fonctions cognitives.
Syndrome délirant organique, Syndrome affectif organique	certaines caractéristiques ressemblent aux troubles schizophréniques ou affectifs.
Psycho-syndrome organique	La personnalité est touchée.
L'intoxication, Syndrome de sevrage	Le trouble est associé à la prise ou à la réduction de la prise de substances toxiques ne répondant aux critères d'aucun des syndromes précédents. (En réalité ces deux syndromes cérébraux organiques sont plus définis par des critères étiologiques que par des critères descriptifs).
Syndrome cérébral organique atypique ou mixte	constitue une catégorie résiduelle pour n'importe quel autre Syndrome cérébral organique non classable dans l'un des précédents syndromes.

* Tiré de Roux, C., Levesque, L., 1985, p. 8.

Les études entreprises au Québec et à l'étranger permettent de prétendre qu'environ 10% des personnes âgées souffrent d'un syndrome cérébral organique (Kay et al, 1964, Marchand, 1983, Beaulieu 1984), dont 4 à 5% en sont sévèrement atteintes (Marchand, 1983).

La recherche de Nielsen au Danemark, rapportée dans un document de l'Hôpital Youville de Sherbrooke (1984), indique que la proportion des syndromes cérébraux organiques constitue 34% de l'ensemble des troubles psychiatriques chez les personnes de 65 à 74 ans; 76% chez les 75 à 84 ans et 92% chez les plus de 85 ans. En fait, ceci confirme ce que la plupart des auteurs et des praticiens observent, à savoir, que les personnes âgées de 65 à 75 ans souffrent surtout de troubles mentaux fonctionnels et que celles de 75 ans et plus sont plutôt atteintes de troubles mentaux organiques.

En extrapolant les pourcentages désignés précédemment, le tableau II dénombre, qu'au Québec, près de 250,000 (40%) personnes âgées souffriraient actuellement d'un trouble mental, dont 190,000 (30%) d'un syndrome fonctionnel, surtout dépressif. Ces dernières ne nécessitent pas toutes des services psychiatriques ou psychogériatriques, elles peuvent trouver réponses à leurs problèmes dans leur milieu naturel. Environ 15% souffriraient de dépression clinique; l'autre 15% correspondrait à d'autres troubles fonctionnels comme les troubles psychotiques, les troubles de personnalité et les syndromes de démoralisation(3).
Il y aurait 63 000 (10%) personnes âgées qui souffriraient d'un syndrome cérébral organique surtout d'une démence.

---

(3) Syndrome de démoralisation: perte de confiance, perte de l'estime de soi, vision pessimiste du présent et de l'avenir, sans état dépressif cliniquement significatif.

TABLEAU II

INCIDENCE DES TROUBLES MENTAUX AU QUEBEC CHEZ LES PLUS DE 65 ANS*

Année	Population âgée	Syndrome fonctionnel - 30%*	Syndrome cérébral organique - 10%	Total des troubles 40%
1985	632 111	189 633	63 211	252 844
1986	650 980	195 294	65 098	260 392
1988	689 333	206 799	68 933	275 732
1990	726 503	217 890	72 650	290 540
1992	764 974	229 492	76 497	305 989

* 15% syndrome de démoralisation, troubles psychotiques et de personnalité
* 15% dépression clinique
* Transposition des études québécoises et étrangères à la population du Québec.

Il est à noter que ces données ne sont que des extrapolations. Elles n'ont aucune rigueur scientifique.

1.2.3 Le syndrome cérébral organique versus la maladie réversible ou irréversible

Duizabo affirme que "tout accident psychiatrique chez un sujet âgé ne doit pas être considéré comme une démence" (1981, p. 147). Au contraire, comme il a été démontré précédemment, la démence est un syndrome clinique et un ensemble de symptômes qui, selon Small et al. (1982), doivent guider le médecin vers la recherche de la cause.

En effet, elle est un état mental qui résulte d'une maladie. Katzman (1978) ajoute même que ce syndrome de démence peut être causé par plus de cinquante maladies dont celle d'Alzheimer et de la démence par multi-infarct sont les deux formes (près de 58%) les plus répandues chez les personnes âgées.

C'est ce que démontrent les recherches de Tomlinson et al. (1970), Marden et al. (1972), Katzman (1975, 1978) et Freiman (1976), qui ont été reprises et commentées, plus tard, par Wells (1978), Chatelois et al (1980), Small et al. (1984), Duizabo (1981) et Wasylenki (1982), dont la synthèse des résultats apparaît tableau III. On y retrouve les diagnostics chez des patients âgés identifiés d'abord comme déments.

Il ressort qu'environ seulement 50% des patients déjà évalués pour démence, souffrent, en fait, de démence sénile de type Alzheimer. Ce qui est encore plus significatif, c'est que plusieurs souffrent d'autres maladies, dont bon nombre d'entre elles peuvent être guérissables ou réversibles; figurent entre autres la dépression ,

la toxicité médicamenteuse, l'hydrocéphalie à pression normale, les masses intracrâniennes bénignes, l'anémie pernicieuse et l'épilepsie; celles-ci se retrouvent chez près de 15% des personnes diagnostiquées démentes. D'autres maladies sont inguérissables ou irréversibles, mais il est possible d'en stabiliser l'état ou d'en ralentir la progression. Ce sont, par exemple, la démence par infarctus multiples avec hypertension, les tumeurs malignes au cerveau, l'alcoolisme (Korsakoff), certaines hydrocéphalies à pression normale, la neurosyphillis et la chorée de Huntingdon. Environ 20 à 25% des bénéficiaires diagnostiqués déments souffrent de ces dernières maladies. Même, comme le dit Wells, "s'il est impossible de renverser entièrement le processus pathologique" (1978, p. 4), l'intervention auprès de ces personnes revêt une grande importance puisque, selon Chatelois et Renanseau (1980), on peut introduire une thérapeutique spécifique comme, par exemple, réduire l'hypertension dans le cas d'une démence multi-infarct, réduire et équilibrer la médication dans le cas d'une intoxication médicamenteuse, etc... Même, s'il n'existe aucun traitement possible chez l'Alzheimer, certaines interventions psychologiques ou sociales demeurent possibles.

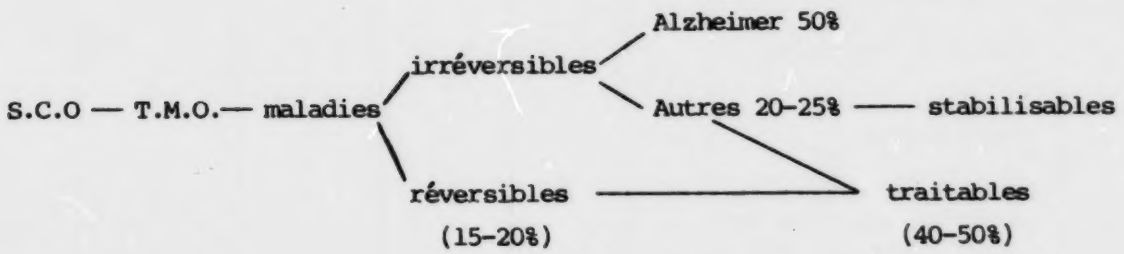


TABLEAU III

SOMMAIRE DES DIAGNOSTICS EVALUES POUR DEMENCE

Diagnostics	%	Maladie		Réversible (aigu)	Irréversible (chronique)
		fonctionnelle	cérébro-organique		
Démence sénile (Alzheimer)	49.3		X		X
Pseudo-démence (surtout dépression)	5.3	X		X	
Toxicité médicamenteuse	2.7		X	X	
Chorée de Huntingdon	3.9		X		X
Autres démences (Creutzfeldt-Jacob Parkinson)	6.7		X		X
Hydrocéphalie à pression normale	6.		X	X	X
Démence par infartus multiples	8.7		X		X
Démence alcoolique et Korsakoff	7.		X		X
Masses intracrâniennes	4.5		X	X	X
Traumatismes	1.7		X	X	
Autres: schizophrénie, paranoïa, syndrome de Ganser, tumeurs cérébrales, anémie pernicieuse, épilepsie, neurosyphilis, maladie de Pick, hypothyroïdie, etc...	9.	X	X	X	X

1.3 Les erreurs de diagnostics

Les erreurs de diagnostics ne sont pas rares, même lorsque les patients sont évalués par des psychiatres et des neurologues compétents (Wells, 1978). Le malade est confus, agité, halluciné; il a peur, il est angoissé, il souffre de délire, de persécussion; et la plupart du temps, ces signes sont confondus avec la maladie et identifiés à la démence.

Ron et al. (1979) rapportent qu'une étude contrôlée des patients étiquetés déments met en évidence une incidence d'erreurs de diagnostics de 31%. Une autre recherche, celle de Duval (1981) qui porte sur 43 bénéficiaires admis au Centre hopsitalier spécialisé de Brumath (Bas-Rhin), indique que, chez 40% d'entre eux, le certificat d'admission évoque comme diagnostic l'agitation, la démence et les troubles psychiatriques, tels l'hallucination et le délire qui sont en fait des symptômes et non des maladies.

Dans un échantillon de 200 patients âgés, choisis sur la liste des médecins généralistes à Edinburg, Williamson et al. (1964) en diagnostiquent 55 qui souffrent de démence, comparativement aux médecins généralistes qui n'en identifient que sept.

Tous les auteurs (Wells, 1978, Duval, 1981, Chatelois, 1980, Baron, 1984, Mishara et Riedel, 1984 et autres) s'accordent pour dire que les erreurs de diagnostics sont fréquentes et qu'on a tendance à surévaluer ou à sous évaluer les cas de démence. Cette incidence d'erreurs se situeraient à près de 40%.

Tous ces signes tels l'état confusionnel, l'hallucination, l'agitation et les états démentiels sont plutôt des symptômes d'une maladie, mais non une maladie. Ainsi, comme le dit le docteur Arcand:

> "l'état confusionnel chez la personne âgée est comme la fièvre chez l'enfant; c'est un symptôme et non un diagnostic" (1983, p. 89).

Comme il a été démontré précédemment, selon plusieurs auteurs, environ 15% des états démentiels sont causés par des maladies curables, et le docteur Arcand ajoute:

> "la dépression en particulier peut se présenter sous la forme d'une pseudo-démence, et certains problèmes de communication comme la surdité et l'aphasie (surtout réceptive) ont fait prendre pour déments des gens qui ne le sont pas" (1983, p. 90).

N'importe quel désordre, qu'il soit physique, social ou psychologique peut entraîner un état confusionnel chez la personne âgée (Baron, 1984), qui s'accompagne fréquemment d'agitation, d'angoisse ou d'autres signes, trop souvent confondus avec la démence. Il en résulte que le malade âgé est placé dans une situation conflictuelle que lui fait subir l'intolérance du milieu. On est impuissant, désemparé devant la complexité de ces désordres mentaux; on ne sait que faire et finalement, on ne s'y intéresse plus. La famille, ne recevant pas le support suffisant, n'a d'autre recours que de demander le placement définitif du malade en institution. Il s'ajoute à de nombreux autres qui ne reçoivent pas nécessairement les services que leur état requiert.

Comme le fait observer Cecil B. Kidd (1962), plusieurs lits sont occupés par des bénéficiaires qui devraient être dans un milieu plus apte à répondre à leurs besoins. En effet, de nombreux lits dans les hôpitaux généraux ou de soins à long terme et dans les centres d'accueil sont occupés par des personnes âgées souffrant de maladies psychiatriques comme la schizophrénie, la paranoia ou autres; plusieurs d'entre elles souffrent d'un désordre confusionnel causé par une maladie physique et occupent un lit dans un hôpital psychiatrique. C'est ce que démontre la recherche de Kidd (1962) à Beldfast, où on a découvert que 24% des patients âgés hébergés dans un hôpital psychiatrique et 34% de ceux qui étaient hébergés dans un hôpital gériatrique avaient été mal orientés.

Une autre recherche, réalisée au Québec en 1985 par le Service de l'Organisation de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, confirme que près de 34% des personnes âgées qui occupent des lits dans des hôpitaux psychiatriques, devraient plutôt bénéficier d'une autre ressource que celle de l'institutionnalisation.

Le personnel dans les centres gériatriques n'a pas nécessairement la formation requise pour traiter les cas de psychiatrie ou pour traiter les symptômes psychiatriques qui ne sont pas toujours reliés à des maladies psychiatriques. Le personnel dans les hôpitaux psychiatriques n'est pas toujours, lui non plus, sensibilisé à l'approche gériatrique. Conséquemment, les bénéficiaires sont laissés pour compte: ceux qui sont atteints d'un état démentiel, les confus, les agressifs qui dérangent la quiétude, l'ordre et la propreté des lieux sont généralement moins bien supportés par le personnel. Les autres qui ont "décroché", qui ont perdu totalement tout contact avec la réalité, ou bien les aphasiques, les sourds, ceux qui ne dérangent pas, ne reçoivent rien, parce qu'ils ne demandent rien.

Outre l'incompétence du personnel, les auteurs (Butler, 1975, Cohen, 1976, Nasylenki, 1982, Beaulieu, 1984) présentent plusieurs facteurs qui pourraient expliquer le peu d'accessibilité à des services adéquats. Ils se résument ainsi:

1o- Les attitudes des thérapeutes plus ou moins disposés à travailler auprès des personnes âgées:

sentiment d'impuissance devant la maladie perçue comme incurable;

crainte de l'échec de la thérapie (mort), ce qui pourrait nuire à leur réputation;

peur du mépris des confrères qu'ils peuvent qualifier de morbide l'intérêt qu'ils portent aux personnes âgées.

2o- Les idées reçues, stéréotypées, les fausses conceptions des thérapeutes qui les empêchent de bien déceler le problème et à exclure l'idée d'une thérapie;

Comme l'affirme Beaulieu:

> "Il semble que le caractère d'irréversibilité des dommages cérébraux n'invite guère le clinicien à pousser très loin le diagnostic, à le raffiner, ce qui est pourtant la seule façon d'en avoir le coeur net" (1984, p. 21).

3o- Les préoccupations d'ordre économique qui freinent les initiatives et le développement de services gériatriques.

4o- L'impuissance devant la diversité des problèmes, ce qui décourage les intervenants.

5o- La difficulté du malade âgé de recevoir les services à son domicile ou à se rendre chez le thérapeute.

6o- Le peu de réceptivité de la société qui évite la réalité du vieillissement et de la mort.

7o- L'inexistence d'une approche gériatrique qui englobe aussi les problèmes d'ordre psychiatrique.

A cette énumération, s'ajoutent la méconnaissance de certains intervenants face aux multiples problèmes reliés au vieillissement et leur attitude fataliste devant leur impuissance à résoudre ces problèmes.

Bref, les maladies mentales, qui accablent les aînés, sont d'ordre fonctionnel ou organique. Elles se manifestent par certains symptômes ou syndromes, dont les plus connus sont les états dépressifs, les états démentiels, les états psychotiques et le delirium.

Une distinction s'impose, dans la recherche du diagnostic, entre le S.C.O., le T.M.O. et la maladie, première étape vers une intervention thérapeutique adéquate et équitable, puisque c'est la précision du diagnostic qui permet de spécifier l'irréversibilité ou la réversibilité de la maladie et d'établir la thérapie ou l'intervention médicale et psycho-sociale appropriée.

Auparavant, une des conditions essentielles à l'efficacité de l'intervention repose sur un changement de mentalité qui doit s'opérer auprès des intervenants et de toute la société, changement qui exige une connaissance des besoins globaux et continus des personnes âgées aux prises avec des maladies physiques et mentales et une organisation de services qui répondent adéquatement à leurs besoins, parmi lesquels figure celui de la psychogériatrie.

2- PROBLEMES PARTICULIERS AUX PERSONNES AGEES

2.1 L'impact du vieillissement chez la personne âgée

Comme il a été démontré dans l'avant-propos de ce document, la grande majorité des aînés vivent relativement en bonne santé (près de 70%). Même si certains d'entre eux ont parfois besoin d'une aide pour des travaux ou des courses, ils continuent à jouer un rôle social et familial positif; ils s'adaptent à leur vieillissement; ils continuent de vaquer à leurs activités de la vie quotidienne; ils maintiennent des relations soutenues avec leur famille et leur communauté et mènent une vie normale et paisible.

Il est vrai que, plus on avance en âge, plus on est susceptible de subir des pertes et de voir diminuer ses capacités. Toutefois, ce n'est qu'une minorité de personnes âgées qui en sont frappées de façon assez brutale, au point de nécessiter un support ou une intervention extérieure.

La personne âgée subit de multiples modifications dans son organisme, qui engendrent une diminution de ses capacités physiques, psychomotrices, psychologiques et affectives (Guillaumot, 1981; Goldfard, 1967; Shock, 1977; Williamson, 1983, Champagne, 1984, 1985). Elle subit aussi de multiples changements dans son environnement, dans sa condition économique et dans son rôle social. Malheureusement elle n'est pas toujours préparée à les affronter.

Les fonctions organiques déclinent et les maladies et les incapacités menacent la personne âgée plus que tous les autres groupes d'âge.

La force motrice, la capacité d'exécution et l'acuité sensorielle décroissent graduellement. Goldfard (1967) affirme que les déficiences visuelles passent de 4% chez les 60 à 80 ans à 15% chez les plus de 80 ans. Quant aux déficiences auditives, elles font un bond de 5 à 25% pour les deux mêmes périodes.

La personne âgée est aussi accablée par les maladies et les incapacités. Alors que la part de la population des personnes âgées est de 8.7%, leur part de problèmes de santé est de 19% (Collection santé des Québécois, 1983). Elles souffrent souvent d'une ou même de plusieurs maladies chroniques. Parmi les maladies qui les atteignent plus particulièrement figurent au tableau I: les affections ostéo-articulaires, les maladies cardio-vasculaires, les troubles de la vision et de l'audition, les troubles mentaux, les affections des voies respiratoires, les troubles digestifs, les troubles de la dentition, le diabète, etc... (Collection santé des Québécois, 1983; La Santé des Canadiens, 1981; Politique à l'égard des personnes âgées, (1985).

TABLEAU IV

Prévalence des problèmes de santé selon leur nature dans la population âgée de 65 ans et plus, Québec, 1978-1979.

Problèmes de santé	Pourcentage	
. Afections ostéo-articulaires	20	
-arthrite et rhumatisme		15
-autres affections des membres et des articulations		5
. Maladies cario-vasculaires	18	
-hypertension		11
-maladies cardiaques		7
. Troubles de la vision et de la l'audition	12	
-vision		
-audition		
. Troubles mentaux	8	
. Affections des voies respiratoires	5	
. Troubles digestifs	4	
. Troubles de la dentition	3	
. Diabète	2	
. Autres	28	
Ensemble des problèmes	100	

La paralysie affecte 1% des 60 ans et plus et 3% des plus de 80 ans (Goldfard, 1967). L'ostéoarthrite et les chûtes fréquentes sont des conditions qui restreignent parfois considérablement l'activité des personnes âgées. L'odorat et le goût perdent leur sensibilité. A tout ceci, s'ajoutent de profonds changements de l'apparence physique, de la posture, de la démarche, de l'activité sexuelle et des fonctions cognitives. Ceci inquiète et dévalorise la personne âgée; ce qui a souvent pour effet de modifier son attidude et son comportement envers elle-même et son milieu. Même son milieu ne se comporte plus de la même façon envers elle, d'autant plus que sa condition sociale a aussi changé considérablement.

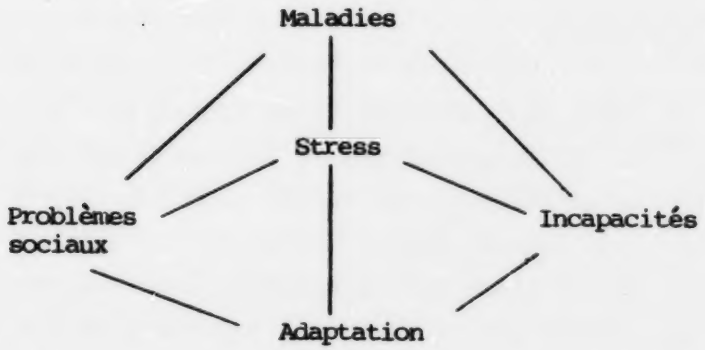
La personne âgée subit plusieurs pertes: celle de son conjoint, de membres de sa famille, de ses amis, perte de son travail, de son revenu, de sa propriété, perte de son prestige social et de sa position sociale. Elle vit dans un milieu qui n'a pas les mêmes préoccupations et qui est peu sensibilisé aux multiples problèmes des personnes âgées.

La personne âgée voit diminuer ses réserves physiologiques, c'est-à-dire qu'il y a une sorte d'épuisement de ses ressources physiques et psychologiques (Williamson, 1983; Goldfard, 1967). Comme le cite Goldfard: "les ressources nécessaires à la maîtrise des problèmes internes ou externes ont diminué et se perdent en vieillissant" (1967, p. 46). Ce sont ces réserves qui ralentissent le processus de vieillissement, qui permettent de résister à l'agression de la maladie, des incapacités, des problèmes psycho-sociaux et au stress qui les accompagnent. Cette pauvreté de ressources empêche la personne âgée de s'adapter à tous ces changements et de répondre à ses nouveaux besoins biologiques et culturels (Goldfard, 1967).

Sa capacité d'adaptation a aussi diminué. Celle-ci peut devenir tellement inadéquate, inefficace et impuissante face à une situation quelconque, q'un évènement mineur, tout à fait banal pour un adulte bien portant, a souvent un effet désastreux:

> "perdre le canari familier, recevoir sa retraite avec un retard de quelques jours, briser la plante verte offerte par les petits enfants, avoir un robinet qui fuit, peuvent constituer aux yeux du vieillard fragile un véritable drame" (Bassot, 1981, p. 16).

La personne âgée est donc assaillie par de multiples changements qui affectent considérablement son état physique et mental, ainsi que sa vie sociale et ses relations avec son environnement. Elle se trouve, pour ainsi dire, coincée dans une sorte de cercle vicieux de problèmes interreliés, de problèmes psychosociaux, de difficulté d'adaptation et dont le stress agit comme moteur d'évolution.



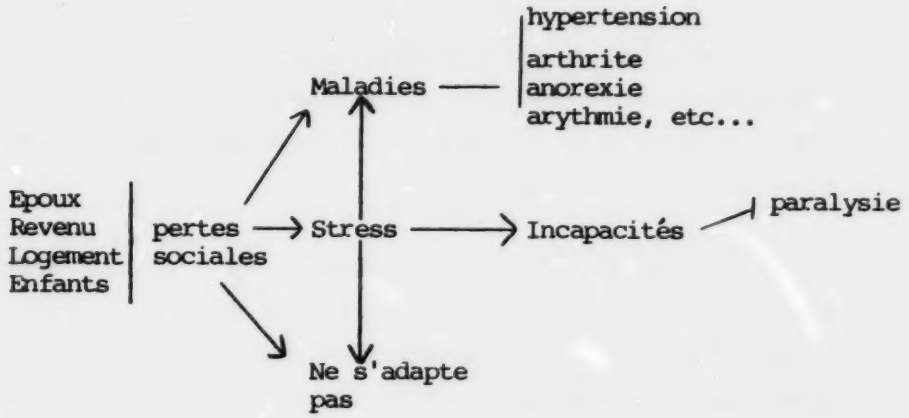
Par exemple, madame X, âgée de 82 ans, qui souffre d'hypertension, d'arthrite et d'une paralysie partielle à la jambe, habite avec son époux un logement de trois pièces. Celui-ci lui aide à se déplacer, à accomplir quelques tâches d'entretien et de préparation de repas; il l'amène assister à la messe le dimanche, magasiner dans les centres d'achat et se récréer au Club de l'Age d'Or et à des soirées sociales.

Soudain, il décède victime d'un infarctus. Elle se retrouve seule dans son logement; elle ne peut plus sortir; elle s'ennuie et quand on s'ennuie, on n'a pas faim et on n'a pas le goût de se nourrir. Bien qu'elle reçoive de l'aide des services à domicile et de ses enfants, ses réserves financières s'épuisent et elle se voit dans l'obligation d'abandonner son logement.

Son hébergement dans une famille d'accueil est perçu par elle comme une autre des calamités qu'elle a endurées depuis le décès de son époux. Elle souffre maintenant d'anorexie, d'arythmie cardiaque, de problèmes digestifs et d'incontinence; elle ne se déplace plus qu'en fauteuil roulant; elle est devenue agitée. Ses enfants, qui espacent de plus en plus la fréquence des visites, considèrent cette situation comme tout à fait normale, puisque depuis le décès de leur père, elle a vieilli. Comme le cite Guillaumot:

> "Tout se passe comme si de plus en plus la vieillesse ne pouvait être vécue que comme un déclin ou une valeur négative. Et, à la limite, dans ce schéma, il n'y aurait pas de place pour la maladie. Tout symptôme n'étant que le signe de l'inexorable déclin de la vieillesse" (1967, p. 76).

Pourtant, madame X, a été victime de l'implacable réaction en chaîne qui affecte habituellement les personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé et des problèmes psycho-sociaux: maladie (s), perte du conjoint, perte de revenu, perte de son logement, agitation et confusion.



A aucun moment de son existence une personne n'a été autant assaillie par autant de maux qui, même chez un jeune adulte, sembleraient parfois insurmontables. Par surcroît, les personnes âgées ont moins de réserves biologiques et psychologiques pour lutter contre cette agression et pour s'adapter à cette pénible situation. Il n'y a donc pas à se surprendre d'observer, chez plusieurs d'entre elles, une réaction agressive et confusionnelle.

2.2 La réaction de la personne âgée

Le Goues et al. (1982) décrivent la réaction de la personne âgée face aux multiples problèmes qu'elle rencontre. Selon eux, cette réaction se déroule en deux phases: la première est celle du choc, et la deuxième celle de la tentative de redressement. Les traumatismes s'accumulant, les ressources diminuant, les issues deviennent tout à fait incertaines.

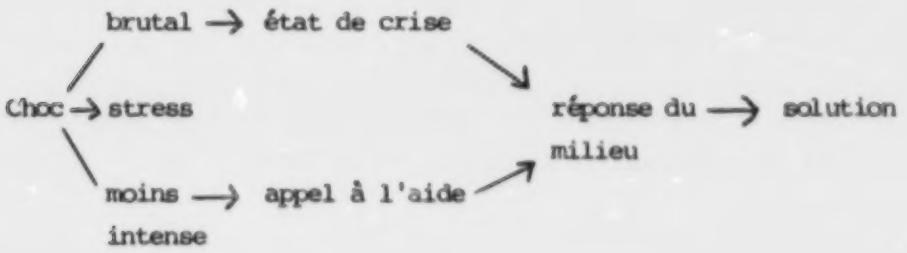
La première phase, celle du choc, est celle de la perplexité, de l'inquiétude et de la tension intérieure ou du stress. L'expression de ce premier temps de la crise est plus ou moins intense selon les individus.

Chez certains, dans les cas extrêmes de début brutal, cette perplexité aboutit à une sidération avec stupeur, "obtusion" de la conscience et à une régression clinique majeure avec grabatisation aigue, incontinence et impossibilité de subvenir aux besoins vitaux et blocage du processus intellectuel. La tension ne peut être contrôlée, d'où le sentiment profond de détresse et d'impuissance, d'où les manifestations chaotiques émotionnelles et comportementales qui peuvent osciller de la stupeur avec grabatisation à l'agitation confuse.

Chez d'autres, le choc peut-être moins intense, moins brutal. Des symptômes variés apparaissent et se manifestent par des appels à l'aide sous formes de messages clairs, explicitement verbalisés ou à un niveau infraverbal comme des plaintes somatiques insistantes, des chûtes, des fugues, des demandes médicamenteuses multiples et des conduites suicidaires. C'est déjà une tentative de maîtrise de la situation et de réorganisation de la personnalité en déroute.

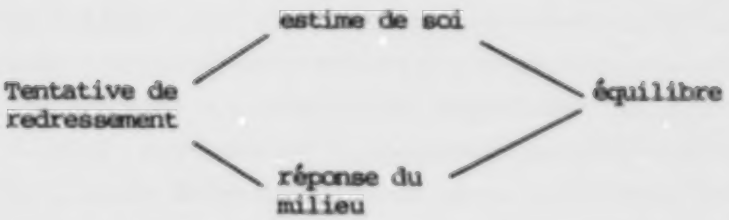
Dans ces deux cas, la réponse de l'environnement est déterminante (famille, institution ou autres) dans la recherche vers une solution satisfaisante.

1-ière phase:



Dans la deuxième phase de la crise, l'âgé essaie de réduire la tension par des comportements adaptés, qui tiennent compte de ses besoins et des exigences de l'environnement; il tente de se réorganiser avec son handicap; il tente de rétablir l'équilibre entre ses capacités restantes et son environnement. Le résultat est lié au désir qu'il a de se récupérer, à sa propre estime ou à la confiance qu'il a en soi et à la réponse du milieu.

2-ième phase:

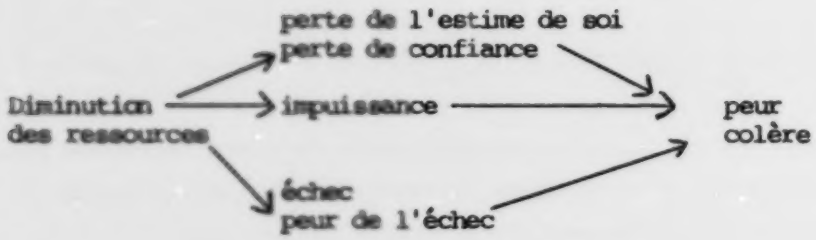


L'estime de soi et le sentiment de compter sur les autres constituent l'assise de la personnalité. Malheureusement, comme le citent Le Goues et al.: "au cours du vieillissement, de multiples façons ces deux sentiments sont battus en brèche, altérés, diminués" (1982, p. 128). Ce sentiment d'incapacité, d'inutilité est maintenu par des préjugés entretenus par la société et la personne âgée elle-même.

Selon Goldfard (1982), la personne agée se sent parfois incapable de maîtriser la situation. Elle devient tendue, anxieuse et frustrée.

Diminution des ressources —— échec —— | tension
| anxiété
| frustration

Cet échec s'accompagne d'un sentiment d'impuissance qui engendre, à son tour, d'autres pertes: perte de l'estime de soi, perte de confiance en soi-même, perte de son identité, perte de la volonté.



Ceci l'effraie et Goldfard (1967) ajoute qu'un mélange de peur et de colère l'envahit et s'intensifie à mesure que son impuissance grandit.

Elle a peur d'être abandonnée et sa colère est parfois dirigée contre elle-même; elle se sent coupable de cette impuissance, de ce peu d'estime de soi et de son manque de confiance. Elle est aussi dirigée contre les autres personnes et contre la société qui lui paraissent de plus en plus dures et menaçantes à mesure que son état s'aggrave et aussi à mesure que l'aide et l'assistance qu'elle recherche ne répondent pas adéquatement à ses attentes.

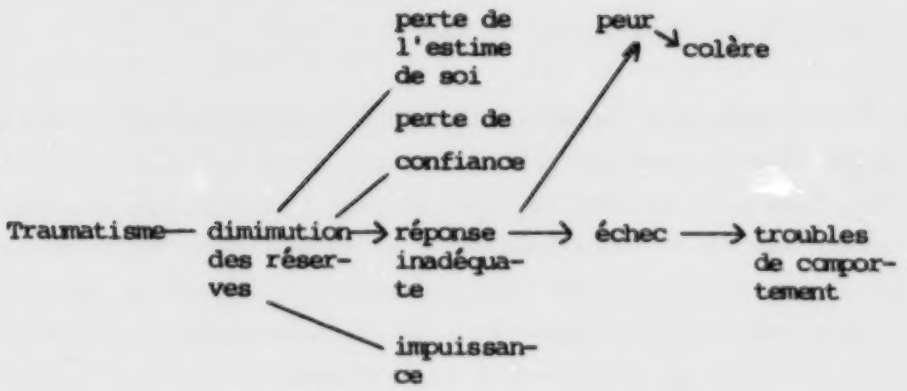
L'âgé présente alors des troubles de comportement qui atteindront la mimique, la psychomotricité, les tenues vestimentaires et corporelles et les relations avec les autres. Ces manifestations sont des symptômes qui attestent qu'il se défend (Le Goues et al. 1982).

Selon Guillaumot (1981), la conséquence la plus fréquente de ce sentiment d'impuissance est le blocage des désirs personnels (estime de soi, confiance) et la mise en place de moyens pour se défendre de cette angoisse. Exacerbé, hostile, il devient agressif ou se résigne à une soumission fataliste.

Bref, le traumatisme ubiquitaire attaque les personnes âgées à un niveau variable et son effet désorganisateur ébranle l'équilibre dans son ensemble (Le Goues et al., 1982). Celles-ci réagissent (Berezin, 1970) aussi variablement, dépendant de l'intensité du traumatisme et du stress vécus, des réserves internes, de la capacité d'adaptation, de l'estime et de la confiance en soi et de la réponse de l'environnement. Malheureusement, la solution n'est pas toujours adéquate.

Chez les uns, le choc est brutal et il aboutit à une réaction confusionnelle. Chez d'autres, il y a un appel à l'aide et, si la réponse n'est pas appropriée, la réaction demeure aussi cahotique. Certains vont tenter de s'adapter à cette nouvelle situation et leur échec va aussi entraîner les mêmes réactions précédentes.

Faute de ressources internes et externes adéquates, l'âgé se sent impuissant et il réagit en présentant des troubles de comportement. Il devient agité, agressif ou bien il se dirige dans le retrait, la régression, la résignation fataliste qui sont aussi d'autres troubles de comportement. C'est un état qui montre l'ampleur de la désorganisation et qui traduit le désarroi et le désespoir que vit l'aîné.



L'émotivité prend plus d'ampleur que la maladie et les autres problèmes qui provoquent cette situation. En d'autres termes, la réalité psychique l'emporte sur la réalité externe. Les intervenants ont donc intérêt à intégrer la dimension subjective à l'ensemble de la crise: l'observation du psychique s'ajoute à l'observation des faits biologiques (Le Goues et al., 1982).

3- L'INTERVENTION GERIATRIQUE

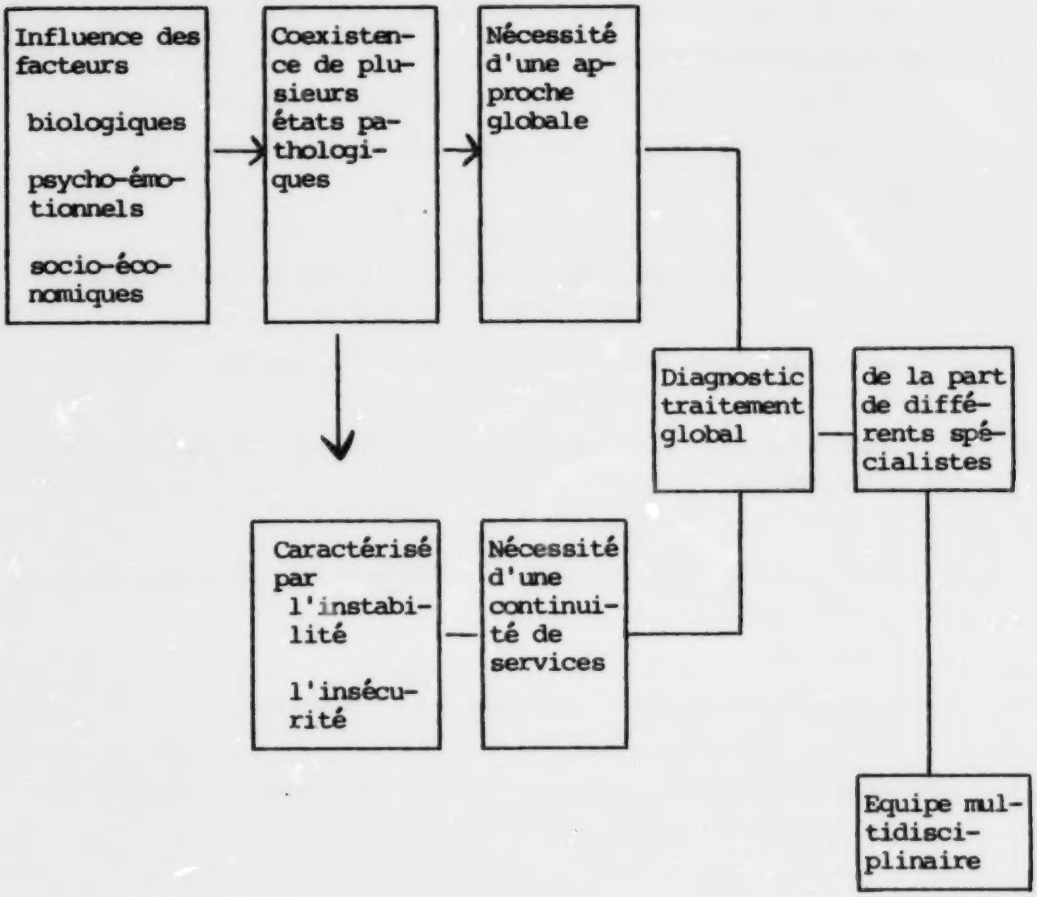
L'être humain forme un véritable système en équilibre à l'intérieur de lui-même et avec son environnement. Toute modification de l'un des éléments du système se répercute sur l'ensemble du système. En effet, chez la personne âgée, il y a une interdépendance et une interaction constantes entre les facteurs biologiques, psycho-émotionnels et socio-économiques. Pour les raisons décrites précédemment, elle est beaucoup plus fragile et la moindre altération peut avoir un effet dévastateur; il peut se produire une réaction en chaîne qui déséquilibre complètement son état bio-psycho-social.

En revenant à l'exemple de Madame X, celle-ci, malgré ses multiples incapacités, s'était adaptée à son environnement, grâce à l'aide de son époux et à l'utilisation qu'elle a faite de ses capacités résiduelles. Le décès de ce dernier a engendré d'autres problèmes: perte du logement, perte de revenu, solitude, placement. L'effet "domino" a fait son oeuvre: arythmie, anorexie, incontinence, agitation.

Auprès de la personne âgée aux prises avec des complications bio-psycho-sociales, il faut considérer tous ces aspects précédents, et comme le cite le docteur Dufresne: "on doit intervenir sur tous les fronts à la fois" (Dufresne, 1979, p.2). L'intervention est globale; elle porte sur tout le système interne et externe, et nécessite l'apport de spécialistes de différentes disciplines. De plus, à cause de l'évolution rapide de la maladie chez la personne âgée, de l'insécurité qu'elle entraîne et aussi, il en résulte que, pour guérir, améliorer ou stabiliser son état, elle doit pouvoir bénéficier d'une intervention immédiate et d'une continuité de soins et de services en tout temps et en tout lieu. (Tableau V).

TABLEAU V

CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE AGEE MALADE



Conséquemment, l'approche auprès de la personne âgée aux prises avec des problèmes de comportement est gériatrique et doit avoir à l'esprit les trois concepts d'urgence, de globalité, de continuité et orienter ses activités autour des principes suivants:

- l'intervention est immédiate;

- l'intervention est globale et tient compte des facteurs bio-psycho-sociaux;

- l'intervention vise une compréhension maximale du bénéficiaire;

- l'intervention vise le plus haut niveau d'autonomie;

- l'intervention vise la récupération, l'amélioration ou la stabilisation de l'état;

- l'intervention vise la prévention de la maladie, de l'incapacité et du handicap;

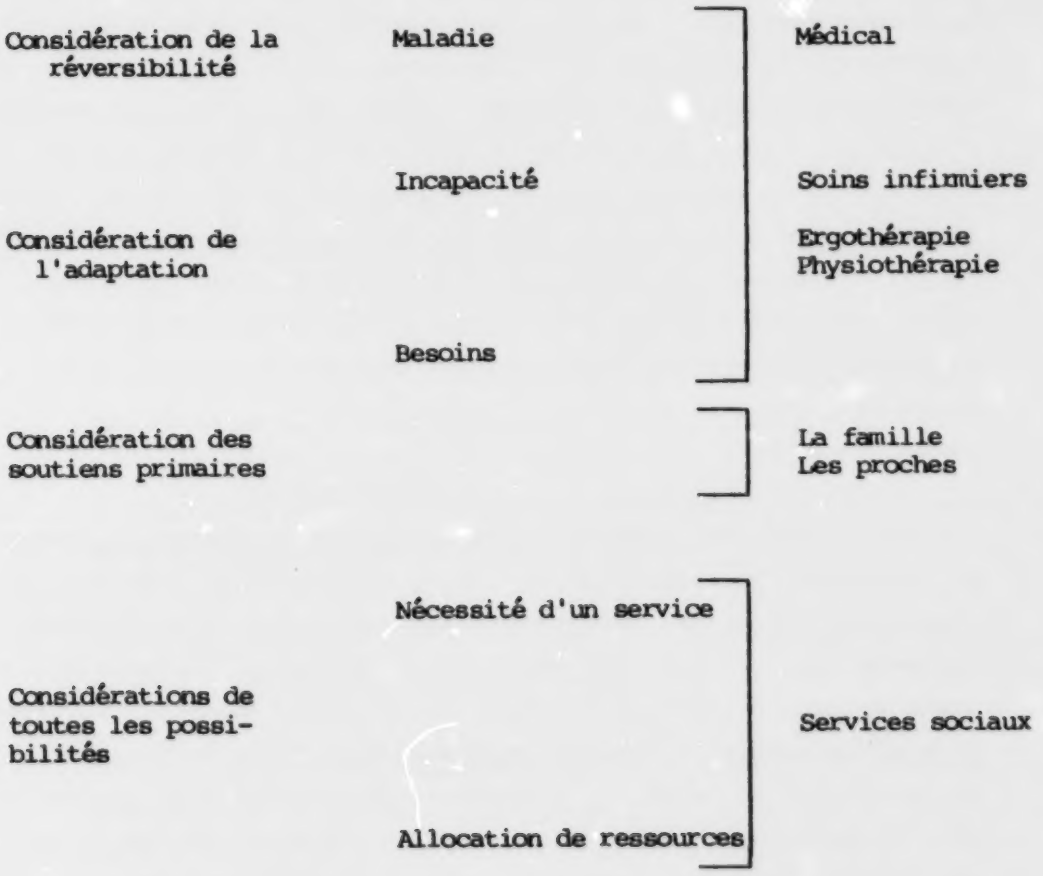
- l'intervention respecte l'intégrité et la dignité;

- l'intervention considère le trouble de comportement comme un symptôme et non comme une maladie;

- l'intervention nécessite la participation d'une équipe multidisciplinaire;

- le comportement résulte d'une interaction bio-psycho-sociale.

On doit, tout d'abord, diagnostiquer la ou les maladies. S'il y a incapacité, on s'interroge et vérifie si elle est causée par une maladie. On considère la réversibilité de cette ou ces maladies et les possibilités d'adaptation au handicap. On identifie les besoins psycho-sociaux et détermine les services requis pour les combler. On réfère au service le plus approprié, en considérant toutes les possibilités familiales, communautaires, publiques et privées.



4- LA DEFINITION ET LES OBJECTIFS DE LA PSYCHOGERIATRIE

Il a été démontré antérieurement que certaines personnes âgées sont aux prises avec des problèmes bio-psycho-sociaux et que l'intervention auprès d'elles est globale. On ne doit pas, alors, présumer que celles qui ont des troubles de comportement souffrent nécessairement d'une maladie psychiatrique. Ce trouble peut être relié aussi à une maladie physique ou à certaines difficultés d'adaptation à une situation biologique, psychologique ou sociale menaçante.

S'adressant aux personnes âgées, la psychogériatrie utilise la même approche que la gériatrie et la psychiatrie auprès des personnes âgées. Ses concepts sont les mêmes: globalité, multidisciplinarité, continuité, suivi. Elle collabore aussi de façon étroite avec les intervenants de première ligne et les intervenants à domicile. Elle s'inscrit dans les mêmes activités et les mêmes programmes: hôpital de jour, clinique externe, centre de jour, moyen séjour (réadaptation), unité d'évaluation, hébergement à long terme. L'équipe de psychogériatrie applique des techniques et modes d'interventions psychiatriques, mais adaptées aux personnes âgées et à leur contexte.

Certains pourraient la définir comme un service psychiatrique offert aux personnes âgées qui souffrent de troubles mentaux, (troubles de comportement et/ou de désordres émotionnels). Comme elle s'adresse aux personnes âgées, il est préférable de définir la psychogériatrie comme un service gériatrique offert aux personnes âgées qui souffrent de troubles mentaux, (troubles de comportement et/ou de désordres émotionnels). En ce qui concerne les personnes âgées aux prises avec une pathologie psychiatrique aiguë, elles sont référées ou encore peuvent continuer à fréquenter le service psychiatrique

approprié. Par contre, les personnes âgées, dont la maladie psychiatrique s'est stabilisée, sont prises en charge par la psychogériatrie lorsqu'elles répondent aux critères d'admission de ce service. Toutefois, une complémentarité et une coordination devraient exister entre les services psychiatriques et les services gériatriques, afin de répondre aux besoins des personnes âgées.

La psychogériatrie fait partie d'un réseau intégéré de services gériatriques. C'est une préoccupation à laquelle tous les services gériatriques doivent être sensibilisés. Elle répond aux objectifs généraux de la gériatrie qui sont de:

1. Permettre aux personnes âgées de vivre chez-elles de façon indépendante, confortable et agréable; et lorsque leur état de santé s'amenuise, les aider par tous les moyens nécessaires en intervenant immédiatement, lorsque survient une déstabilisation ou une menace;

   en aidant au maintien et à l'amélioration des fonctions locomotrices, physiques et psychiques;

   en dirigeant vers les services de support qui aident la personne âgée à demeurer à domicile;

   en offrant des avis sur le maintien ou l'amélioration de la santé et de l'autonomie des personnes âgées.

2. Fournir les services adéquats incluant le diagnostic, l'évaluation ou bilan de santé, le traitement, la réadaptation, l'orientation vers le ou les services requis et le suivi;

   par une approche globale et avec une équipe multidisciplinaire.

3. Coopérer avec les autres services auprès des personnes âgées, afin de maintenir un réseau de services gériatriques intégrés pour la communauté.

Elle répond aussi à d'autres objectifs plus spécifiques tels:

1o- Prévenir l'apparition de troubles mentaux chez les personnes âgées;

2o- Eliminer les diagnostics erronés;

3o- Permettre l'évaluation, le traitement et la prise en charge adéquate des personnes âgées souffrant de troubles mentaux;

4o- Fournir une consultation psychogériatrique aux autres services gériatriques;

5o- Servir de support aux familles qui aident cette catégorie de bénéficiaires;

6o- Servir de support aux intervenants qui oeuvrent auprès de ces bénéficiaires;

7o- Aider à l'intégration dans leur milieu de vie des personnes âgées aux prises avec des problèmes psychogériatriques;

8o- Offrir un milieu d'enseignement en psychogériatrie pour les intervenants de la santé et du social;

9o- Offrir un lieu de recherche clinique, sociale et de soins en psychogériatrie.

10o- Où certaines ressources psychogériatriques n'existent pas, aider à les mettre sur pied avec la collaboration des autres organismes.

5- LES PROGRAMMES D'INTERVENTIONS EN PSYCHOGERIATRIE

L'intervention en psychogériatrie se résume aux cinq groupes de programmes suivants:

1o- la prévention

2o- l'évaluation diagnostique

3o- la thérapie (soins médicaux, soins infirmiers, réadaptation)

4o- l'orientation et le suivi

5o- l'enseignement et la recherche.

5.1 La prévention

La prévention constitue une préoccupation de tous les services gériatriques. A cette fin, des mesures nécessaires sont prises pour conserver la bonne santé des aînés (saine alimentation, exercices physiques) et pour dépister les maladies et les incapacités (examens périodiques). On doit éviter les complications, empêcher la détérioration de leur état par une attention soutenue.

Le dépistage permet d'intervenir de façon précoce et progressive. Il faut identifier d'abord les individus à hauts risques, qui vivent seuls, isolés, qui s'alimentent mal, qui ont subi un deuil récent, qui ont des problèmes de locomotion, qui ont des atteintes mentales (par exemple les dépressifs) ou qui viennent de recevoir leur congé de l'hôpital. Selon le docteur Dufresne (1984), grâce au secours

apporté habituellement par l'entourage, ces personnes parviennent à s'en tirer à la condition, bien sûr, qu'elles soient découvertes à temps. Il est aussi nécessaire d'améliorer la qualité du milieu de vie des ainés, en revalorisant leur rôle et leur statut social et en supportant le réseau de soutien naturel.

Ainsi, grâce à une préoccupation de prévention, il est possible d'éviter ou d'atténuer les troubles de comportement et de leur faire bénéficier du service gériatrique le plus approprié.

5.2 L'évaluation diagnostique

Le traitement adéquat des personnes âgées dépend du diagnostic qui peut être parfois très difficile à établir. Par contre, il est la base de la thérapie et il permet de cerner le problème et d'indiquer le mode d'intervention approprié.

Plus l'évaluation diagnostique est précise, plus le traitement est susceptible d'être spécifique et efficace (Préchette, 1978; Potvin, 1984; Mishara et Riedel, 1984), plus il en découlera une meilleure rationnalisation des programmes de réadaptation (Chatelois et al, 1980). De plus, puisque 15 à 20% des démences sont guérissables et que 25 à 30% des démences irréversibles peuvent subir une thérapie spécifique, la recherche du diagnostic ne doit pas être considérée comme un luxe (Wells, 1978).

Il y a quatre syndromes que tout intervenant doit bien connaître dans l'établissement du diagnostic d'une personne âgée aux prises avec des troubles de comportement:

1- les états dépressifs;

2- les états confusionnels aigus (delirium);

3- les états démentiels;

4- les états psychotiques.

Ces syndromes sont un ensemble des symptômes dont il faut identifier les causes, et leur diagnostic est d'autant plus difficile, qu'aucun signe n'est rigoureusement spécifique et exclusif à chacun d'eux De plus, leurs symptomatologies sont en partie analogues (Roux et Levesque, 1985; Arie,. 1983; Blazer, 1982; Curland et al., 1982; Janowski, 1982; Kakn et Miller, 1978; Kane et al., 1984; McAllister et Price, 1982, 1983; Miller, 1981; Small et al., 1981; Wells, 1980). Des signes de désorientation, des troubles de la mémoire et de la pensée abstraite, des difficultés de concentration, l'altération du jugement et de l'habilité intellectuelle, ainsi que la peur se retrouvent habituellement chez ces quatre syndromes. Des signes d'aphasie, d'apraxie, d'agnosie, d'insomnie peuvent quelquefois se manifester chez l'un ou l'autre des syndromes, mais on les rencontre surtout chez les états démentiels.

Aussi, plusieurs syndromes coexistent souvent chez un même individu (Roux et Levesque, 1985; Arie, 1983; Gerner, 1979; Gershom et Hurman, 1982; Curland et Tover, 1983; Kane et al., 1984; Levenson, 1982; McAllister, 1982, 1983; Miller, 1981; N.E. Miller, 1980; Reifler et al., 1982; Shore et al., 1983; Small et al., 1981;

Wells, 1982). Plusieurs aînés, qui ont des formes de démence à leur début, peuvent devenir déprimés lorsqu'ils réalisent la sévérité de leur état (Roux et Levesque, 1985; Gershon et Herman, 1982; Janowsky, 1982; Kane et al., 1984). Ainsi,

> "une démence sénile peut commencer par certains signes d'une dépression réactionnelle curable, s'émailler d'épisodes délirants et même se compliquer d'un état confusionnel traduisant une atteinte organique que le dément sénile peut présenter comme n'importe quel autre personne âgée" (Bassot, 1981, p. 16).

Il est alors très difficile de faire la distinction entre ce qui peut être une réaction aux difficultés de la vieillesse (problèmes psycho-socio-économiques) et une manifestation à caractère pathologique (incapacités, maladies physiques et mentales). Comme l'affirme le docteur Fréchette, "la personne âgée réagit le plus souvent de façon globale, c'est-à-dire psychologique et de façon somatique. Ainsi faut-il évaluer globalement toutes les pathologies qui se présentent" (Fréchette, 1980, p. 684).

L'évaluation diagnostique identifie donc les problèmes médicaux physiques et psychiatriques, les problèmes sociaux et détermine les capacités résiduelles (Services for the elderly). Elle doit pouvoir répondre aux quatre questions fondamentales suivantes:

1o- est-ce que le syndrome est causé par une maladie physique ou mentale ou les deux ensemble?

2o- la maladie est-elle réversible ou irréversible?

3o- y a-t-il une situation psycho-sociale qui a engendré ou qui a contribué à aggraver l'état?

4o- quel est le potentiel fonctionnel?

Plusieurs auteurs ont traité du processus diagnostique des syndromes décrits précédemment. Tous s'entendent pour affirmer que le diagnostic est différentiel, c'est-à-dire qu'à partir de l'ensemble étiologique, on explique le syndrome clinique; autrement dit, par l'élimination des causes possibles on en arrive à la cause ou la maladie à l'origine du syndrome.

En s'inspirant de plusieurs auteurs (1), il est possible de décrire les principales opérations de cette évaluation de la façon suivante:

1o- histoire détaillée du bénéficiaire, des personnes significatives;

2o- examens physiques;

3o- examens neuropsychologiques;

4o- examen du statut mental et/ou psychiatrique;

5o- tests de laboratoire;

6o- tests psychométriques.

---

(1) Plusieurs références reliées au diagnostic différentiel ont été tirées du document de C. Roux et L. Levesque (1985); Roth, 1981; Steel et Feldman, 1979; Wells, 1979; Kane, Ouslander et Abrass, 1984; Joynt et Shoulton, 1979; N.I.A. Task Force, 1980; Libow, 1977.

Il faut, tout d'abord, retenir ceci: que le diagnostic de démence sénile de type Alzheimer en est un d'exclusion; on peut même affirmer que c'est un diagnostic post-mortem. Il implique que toutes les autres causes ont été éliminées, avant d'en arriver à ce diagnostic qui, d'ailleurs, demeure présomptif, puisqu'il n'existe aucun test médical ou autre qui puisse le confirmer. C'est le temps qui le précise, car cette maladie est évolutive et progresse de façon plutôt uniforme. Il faut aussi retenir que toutes les causes de démences réversibles ont été éliminées, c'est-à-dire que les maladies réversibles possibles ont été écartées (Kane et al., 1984).

La personne âgée exprime sa maladie différemment (comportement bizarre, somatisme) et son état rend parfois difficile la cueillette d'information. Pour cette raison, il est essentiel de s'informer auprès d'une personne qui la connaît bien, afin de valider ou d'obtenir les données nécessaires à son histoire de cas. Le tableau VI de Kane et al. (1984) énumère les principaux éléments à obtenir: le moment et le mode d'apparition des troubles (apparition rapide, lente, détérioration par palier, progressive, lente), les problèmes médicaux, les difficultés dans les activités de la vie quotidienne, les risques d'intoxication médicamenteuse. L'histoire psychiatrique, s'il y a lieu, peut fournir des indications précieuses.

TABLEAU VI

L'HISTOIRE DE CAS COMME MOYEN D'EVALUATION*

Summarize active medical problems and current physical complaints
List drugs (including over-the-counter preparations and alcohol)
Characterize the symptoms
    Nature of the deficits (memory vs other congnitive functions)
    Onset and rate of progession
    Associated psychological symptoms
        Depression
        Anxiety or agitation
        Paranoid ideation
        Psychotic though processes (delusions and/or hallucinations)
Assess the social situation
    Living arranjements
    Social supports
    Basic and instrumental activities of daily living
Ask about special problems
    Wandering (and getting lost)
    Disruptive behavior
    Incontinence

---

* Extrait du document de C. Roux et L. Levesque, reproduit avec la permission de R.L.Kane, J.G. Ouslander et I.B. Abrass: Essentials of clinical geriatrics. Copyright c 1984 par McGraw-Hill, New York.

L'évaluation de l'environnement matériel et affectif doit aussi être incluse dans l'histoire de cas:

> "La symptomatologie présente et les conditions dont le patient ou sa famille se plaignent constituent souvent un tout dynamique qui influe sur l'état de santé du patient et sur la réaction de son environnement à la maladie". (Géronto-psychiatrie, p. 105).

Quelques informations additionnelles peuvent être obtenues comme, par exemple, s'il y a eu un évènement traumatisant qui aurait pu enclencher l'apparition du désordre ou aggraver son état, tels la perte d'un conjoint, un déménagement, un problème financier, la perte du travail ou autres...

D'ailleurs, l'évaluation diagnostique devrait débuter au domicile et se poursuivre, si nécessaire, aux services externes ou internes d'un établissement. Plusieurs raisons militent en faveur d'une évaluation initiale à domicile:

1o- Les problèmes de santé chez les personnes âgées sont, la plupart du temps, des problèmes de fonctionnement, mais de fonctionnement dans leur milieu naturel de vie. Que la personne vive à domicile ou en établissement, il est important de connaître ce milieu, afin de créer une condition de vie la plus normalisante possible.

2o- En plus de connaître le fonctionnement de la personne âgée à son domicile, l'évaluation initiale à domicile permet d'obtenir plusieurs autres informations relatives à son milieu de vie: les voisins, les amis, l'alimentation, le chauffage, l'ameublement, la vie sociale, etc....

3o- Elle permet d'observer sur le lieu même ce qui a nécessité la démarche de suivi.

4o- Elle permet souvent d'éviter un inutile placement en institution.

5o- Elle permet d'établir les ressources matérielles et humaines nécessaires pour le maintien à domicile.

6o- Elle permet d'orienter le bénéficiaire vers la ressource la plus adéquate.

(Arie, 1982, M.S.S.S., 1986, Bayne, 1978, Wasylenki, 1982).

N'importe quelle maladie peut provoquer des troubles de comportement (N.T.A. Task Force, 1950). A cet effet, l'examen physique permet d'identifier l'organe qui est malade et d'en connaître la réversibilité de la maladie ou non. Cet examen porte entre autres, sur la pression sanguine, les signes vitaux, la condition cardio-vasculaire et pulmonaire (Joynt et Al, 1974; Kan et Al, 1978). On se doit de vérifier la médication, afin de s'assurer que le patient ne souffre pas d'intoxication médicamenteuse ou d'autres effets secondaires.

Au tableau VII, quelques tests cliniques sont énumérés. Ils ne sont pas tous nécessaires; tout dépend de la particularité du cas, de l'expérience et du jugement du médecin. Un examen neurologique peut aussi s'avérer pertinent; il inclut certains réflexes et des tests percepto-sensoriels (Habot et Libow, 1980). Il est aussi suivi d'un examen neuropsychologique afin de connaître les incapacités et les capacités résiduelles de la personne (Chatelois, 1980).

TABLEAU VII

TESTS UTILES POUR L'EVALUATION MEDICALE

1. Basic test
   a. Complete blood count
   b. Erythrocyte sedimentation rate
   c. Serum Na+, K+, Cl-, BUN, Sugar (SMA-6)
   d. Serum Ca^2, PO, liver function tests (SMA-12)
   e. Serum B, and folate
   f. Scrologic test for syphilis (VDRL, etc.)
   g. Thyroid function test (i.e., total serum, T, resin uptake, serum-free T, and T, or PBI)
   h. Chest X-Ray
   i. Electrocardiogram

2. Elective tests: Where speciafically indicated
   a. Skull X-Ray
   b. Spinal tap with examination of CSF (in the absence of papilledema or other evidence of increased intracranial pressure, such as eroision of the dorsum sellac, etc...)
   c. Brain scan
   d. Electroencephalogram (EEG)
   e. Computerized axial transverse tomography (CAT; EMI scanner, etc...)
   f. Isotope cistemography
   g. Cerebral angiographie*

* The pneumoencephalogram is intentionally omitted because of its morbidity, especially in the elderly, and because the CAT can has essentially excluded its need. Tiré du document de C. Roux et L. Levesque.

Plusieurs considèrent que l'examen du statut mental pourrait suffire à détecter s'il y a présence ou non d'une détérioration intellectuelle. Si on veut connaître de façon plus précise et mesurer les anormalités du fonctionnement cognitif, l'évolution des troubles cérébraux, les effets de la neurochirurgie et de différents traitements, ou bien établir une ligne de base pour le suivi du bénéficiaire, l'examen neuropsychologique s'impose (Roux et Levesque, 1985; Proulx et Manseau, 1982; Joynt et Shoulson, 1979).

Ce dernier examen consiste à administrer une série de tests reliés au fonctionnement cognitif: l'attention, l'affect, l'intelligence, la mémoire, le langage, l'interaction sociale, l'habileté, la conceptualisation, les activités mentales complexes (Roux et Levesque, 1985; Chatelois, 1980).

L'examen du statut mental aide à la recherche et à l'établissement du diagnostic et permet de voir s'il y a une détérioration cognitive ou non et d'évaluer l'évolution ou la régression de l'état mental de l'individu (Kane et Al, 1984; N.I.A. Task Force, 1980).

Outre les fonctions congnitives, ci-haut mentionnées, cet examen ajoute l'évaluation de l'état de conscience, de l'orientation, du jugement, l'apparence générale et le comportement (Kane et Al, 1984).

Un fois le diagnostic clairement établi, il importe de mesurer l'étendue des dégâts et d'identifier ce qui est intact. Effectivement, c'est avec ses capacités résiduelles que la personne âgée devra s'adapter à sa nouvelle situation. Comme le dit le docteur Dufresne: "ce qui compte beaucoup plus, peu importe les pathologies, c'est la capacité, le potentiel fonctionnel de cette personne" (Dufresne, 1984, p. 51).

En misant sur ce potentiel, sur les intervenants et les ressources existantes, sur le milieu, sur la famille, il sera ainsi possible d'établir un certain équilibre entre les capacités résiduelles et l'environnement; ce qui favorisera l'adaptation de l'aîné et permettra d'établir une thérapie appropriée.

5.3 La thérapie

L'évaluation diagnostique a permis de cerner la maladie physique ou mentale réversible ou irréversible ou le problème psycho-social qui a causé le trouble mental.

Puisque la personne âgée constitue un organisme total dont les comportements résultent d'une interaction bio-psycho-sociale (Kahn et Miller, 1978), il existe, tant du côté diagostic que du côté traitement médical, une dimension sociopsychologique qu'on ne peut négliger dans le cadre de la prise en charge (Duizabo, 1981). Pour cette raison, même si la nature de l'affection s'avère médicale, la thérapie se doit de développer l'approche bio-psycho-sociale.

Comme il a été démontré précédemment, certaines recherches ont conduit à l'identification de 15 à 20% de syndromes cérébraux organiques réversibles, ainsi que de 20 à 25% de maladies irréversibles traitables. Conséquemment, il y a lieu, dans la thérapie, de faire la distinction entre la réversibilité et l'irréversibilité de la maladie.
Cette thérapie est plus efficace si un remède facilite la guérison de la maladie spécifique qui a causé le syndrome clinique (Wells, 1978). Certaines maladies comme la dépression, la toxicité médicamenteuse, certaines hydrocéphalies à pression normale, les masses intracrâniennes et certains traumatismes peuvent bénéficier d'une thérapie adéquate qui permet au patient de retrouver son comportement normal.

Chez un grand nombre d'âgés souffrant de maladies cérébrales organiques irréversibles, des symptômes apparaissent, comme l'anxiété, l'agitation, l'agressivité, l'apathie, la peur, l'insomnie, etc... L'intervenant se doit d'être vigilant, afin de détecter rapidement ces symptômes, d'atténuer les effets de la maladie, d'améliorer le fonctionnement et de fournir l'aide thérapeutique appropriée (Wells, 1978; Tourigny-Rivard, 1984).

Une autre complication courante rencontrée, dans le traitement des personnes âgées, est qu'elles sont souvent victimes de plusieurs maladies aiguës ou chroniques à la fois. Même si elles ne souffrent

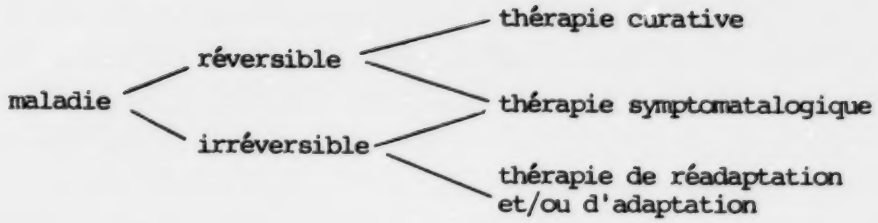
que d'une maladie cérébrale organique, la réaction en chaîne est parfois rapide et d'autres manifestations apparaissent (Small, 1982; Williamson, 1984). Par exemple, le traitement de l'hypertension au méthyldopa chez un malade atteint d'une démence multi- infarct peut causer une dépression ou réduire le flot cérébral sanguin qui peut, à son tour, augmenter le risque d'un autre infartus (Small, 1982).

D'autres difficultés thérapeutiques peuvent survenir comme celles reliées aux chûtes, aux plaies de lits, à l'incontinence, à la désorientation spatio-temporelle, etc... Celui qui souffre d'une démence sénile (Alzheimer, multi-infarct) est particulièrement vulnérable à ces derniers symptômes, et comme il n'existe pas actuellement de thérapie curative spécifique pour cette dernière maladie, le traitement symptomatologique contribue à améliorer le confort et le fonctionnement quotidien (Wells, 1978).

Les capacités ne sont pas nécessairement toutes affectées; certaines déclinent plus lentement et d'autres demeurent intactes (Proulx et Manseau, 1982; Roux et Levesque, 1985). Il devient alors possible de compenser ces déficits par des programmes de réadaptation et/ou d'adaptation qui aident l'aîné à fonctionner avec ses capacités restantes. A cette fin, on mise sur son potentiel, sur les intervenants, sur la famille et sur son environnement (Aronson et Lipkowski, 1981; Wells, 1978; Small, 1982; Mishara, 1984; Roux et Levesque, 1984).

Ainsi, la thérapie de la personne âgée souffrant d'une maladie cérébrale organique prend les trois formes suivantes:

la thérapie curative,
la thérapie symptomatologique,
la thérapie de réadaptation et/ou d'adaptation.



L'une n'exclut pas l'autre et spécialement les deux dernières qui sont concomitantes. On peut observer chez un patient souffrant d'une maladie réversible comme la dépression ou autres, des signes d'anxiété, d'agitation, etc... On peut retrouver cette même maladie, ces mêmes symptômes, chez une personne aux prises avec une maladie cérébrale organique irréversible. C'est ce qui rend très complexe le traitement des maladies cérébrales organiques, spécialement les maladies irréversibles de démence sénile de type Alzheimer ou multi infarct, qui constituent près de 60% des maladies cérébrales organiques irréversibles.

> "Puisque la démence sénile implique un phénomène bio-psycho-social, et que les aspects biologiques de la maladie ne sont pas traitables à date, il importe de s'attarder aux composantes psychologiques et sociales qui elles peuvent fréquemment répondre aux interventions. Ces interventions serviront à maintenir les compétences et le moral du patient dément et à minimiser les troubles de comportements qui peuvent surgir" (Roux et Levesque, 1985, p. 94).

Elles ont pour but de lui aider à atteindre et à maintenir le maximum de son potentiel, tout en considérant ses capacités résiduelles et ses limites (Scarborough, 1981).

C'est non seulement une intervention auprès de la personne âgée, atteinte d'une démence sénile, qui se limite à assurer son maintien et sa sécurité, mais c'est aussi une intervention avec la personne âgée comme principal agent du processus thérapeutique. Cette intervention repose sur une attitude et un comportement positifs de part et d'autre, qui tient compte de la possibilité d'améliorer la qualité de vie. C'est une approche humaine, empathique, compréhensive, supportante, rassurante et souple que tous les intervenants respectent (Roux et Levesque, 1985).

"Comme le soulignent Drummond, Kirchoff et Scarborough (1978), on doit se rappeler que les patients qui éprouvent des problèmes de cet ordre sont des individus qui tentent de répondre à l'environnement tel qu'ils le perçoivent à l'intérieur des limites de leur condition" (Roux et Levesque, 1985, p. 84). Comme l'affirme St-Arnaud (1980), le champ perceptuel de l'être humain est subjectif; ce qui fait que chez plusieurs personnes qui souffrent de la même maladie, les comportements diffèrent et qu'ils changent avec l'évolution de la maladie.

La détérioration des fonctions cognitives caractérise la démence sénile de type Alzheimer et multi-infarct, et c'est là la grande tragédie. La plupart des personnes atteintes sont consciences de cette altération et elles la vivent comme un véritable cauchemar. De plus, selon plusieurs auteurs, elles conserveraient leurs réactions affectives et émotionnelles jusqu'à la fin, mais non avec la même amplitude. Il s'ensuit, à mesure que la maladie évolue, que son champ perceptuel ou son univers environnemental se retrécit; l'individu se sent perplexe, égaré, désorienté et il se retire dans la solitude et l'isolement. Par contre, il demeure très sensible au climat affectif (Le Goues, 1982).

Selon Arie (1973), la personne atteinte a besoin de sécurité et de stimulation, parce que sa capacité d'adaptation a diminué et que les pertes sensorielles (mémoire, parole, ouie, vue) l'effraient et l'isolent davantage. Elle a aussi besoin de compréhension et de patience de la part des soignants qui ont souvent à décoder ses messages et à répéter avec lui les mêmes actions thérapeutiques.

Il importe alors de rompre avec l'isolement, la solitude et la monotonie; de vaincre la peur, l'anxiété, l'insécurité et le stress. Il importe de pallier aux déficits en utilisant les fonctions résiduelles, tout en évitant leur surstimulation et en créant un environnement vivable pour le malade âgé. La thérapie se résume aux quatre groupes d'activités majeures suivants:

> La psychothérapie, l'aménagement de l'environnement, la pharmacothérapie et le support à la famille (Arie, 1973; Wells, 1978; Muller et Wertheimer 1981; Aronson, 1981; Small, 1982; Beaulieu, 1984; Mishara, 1984).

Le deux premiers groupes d'activités ont pour but de maintenir l'intégration de la personne dans son milieu par du support et de la manipulation environnementale. Selon Mireille Ducroe-Gagné (1985), chez le malade atteint de démence sénile, plus la maladie évolue plus l'environnement devrait être prothétique. Elle fait remarquer que, dans la phase terminale de la maladie, on devrait restreindre le patient dans sa chambre, dans une atmosphère de confort, de calme et de sécurité.

La psychothérapie individuelle ou de groupe cherche à soulager le patient des symptômes qui apparaissent tout au cours de la maladie, à l'adapter à sa situation bio-psycho-sociale. A cette fin, l'introduction de thérapie de comportement et de support comme la stimulation sensorielle, l'orientation à la réalité, la remotivation, la resocialisation, la relaxation et la thérapie d'attitude produisent parfois des résultats remarquables.

La manipulation de l'environnement vise à supprimer les obstacles qui rendent difficile l'existence de l'individu dans son milieu. La personne souffrant d'une démence sénile doit être maintenue dans un milieu qui lui est familier et stable. A cette fin, on agit surtout sur les sources de stress comme la surstimulation, les changements de milieux et d'objets, la routine dépersonnalisante et on transforme le cadre environnemental en un lieu significatif et supportant.

Il n'y a pas de médication spécifique pour les démences séniles. Mais il est possible de renverser certains symptômes reliés à la maladie, principalement de type Alzheimer, par l'utilisation de tranquilisants. Leur emploi doit être judicieux et on gardera à l'esprit le danger de certains effets indésirables qui peuvent survenir et respecter certaines règles fondamentales comme: le minimum de prescriptions médicamenteuses, le dosage, l'interaction entre les médicaments, le risque des effets secondaires et l'oubli de prendre le médicament (Muller et Wertheimer, 1981). Le patient étant peu apte à utiliser correctement le médicament, les personnes significatives devraient être informées de la posologie à respecter.

D'autres activités de réadaptation, d'adaptation ou de maintien des potentialités de la personne âgée peuvent s'ajouter aux quatre groupes d'activités majeures précédemment décrites, par exemple, celles qui sont reliées à la rééducation fonctionnelle, à la relaxation, à l'animation, aux loisirs et à la thérapie de support, de l'image de soi, d'attitudes, du comportement.

Dans son document de travail sur les unités spécifiques, le Conseil de la Santé et des Services sociaux de Montréal regroupe, au tableau VII, les activités de réadaptation, d'adaptation et de maintien autour des composantes physique, psychique et sociale de la personne.

Ces activités ne s'appliquent pas à tous les bénéficiaires; elles varient selon leurs besoins, leur état, leur motivation et leurs intérêts. Les aidants se devront de nuancer, doser et parfois réviser certaines interventions. Même certaines de ces activités pourraient être offertes et adaptées aux besoins de la famille comme la thérapie de support, d'attitude et de comportement, de remotivation et de détente et de relaxation.

Il n'y a pas que le malade qui souffre, il y a aussi la famille qui ressent les effets de la maladie (Pelletier, 1984, Satir, 1967). Les études confirment que ce sont avec les personnes âgées qui souffrent de troubles mentaux, entre autre de démence sénile, que les familles ont le plus de difficultés à composer. Les problèmes psychogériatriques sont tout à fait inconnus pour la plupart des familles et, de ce fait, sont très anxiogènes (Ducharme, 1986).

Le manque d'information sur la maladie elle-même et sur ses effets crée un sentiment d'impuissance et d'inutilité chez les membres de la famille; ce qui peut entraîner un désengagement de leur part et même créer des conflits.

La famille a besoin de conseils et de tout le support nécessaire pour maintenir son engagement, sans trop de retombées sur sa santé.

A cette fin, le support thérapeutique familial paraît tout à fait indispensable. Il vise à:

1. rétablir une communication significative entre le malade et sa famille;

2. assister les membres de la famille afin qu'ils soient en mesure d'établir une certaine intimité entre eux;

3. modifier le climat des relations entre lui et sa famille afin de modifier son comportement pathologique;

4. intégrer les membres de la famille au plan d'interventions,

(Mereness, 1978; Pelletier, 1984).

TABLEAU VIII

PROGRAMME DE READAPTATION

PHYSIQUE	PSYCHIQUE	SOCIALE
READAPTATION Rééducation fonctionnelle Rééducation respiratoire Rééducation alimentaire Rééducation de la continence Stimulation sensorielle Orientation de la réalité Rééducation de l'ouie et de la parole	Psychothérapie Remotivation Réinvestissement: -techniques d'expression -responsabilisation -activités de travail et de loisirs	Thérapie d'attitude Récupération de rôles sociaux Techniques de communication
ADAPTATION Enseignement de méthodes pour les AVQ, transferts, déplacements Adaptation d'équipements Aides techniques aux AVQ et à la marche (appareils, orthèses, prothèses) Elimination de barrières architecturales	Techniques de modification du comportement Thérapie de l'image de soi Réminiscence	Programme d'accueil Techniques de communication Activités de groupe Implication de la famille et du réseau affiliatif Organisation d'un milieu significatif
MAINTIEN/ PREVENTION Mobilisation Stimulation sensorielle Orientation dans la réalité Relaxation	Toucher affectif Thérapie de support Détente	Maintien d'un réseau affiliatif Animation, loisirs

5.4 L'orientation et le suivi

L'individu âgé souffrant de troubles mentaux peut être référé à un service de psychogériatrie clairement identifié dans le réseau de services gériatriques. Il peut être aussi orienté vers un autre service gériatrique, dépendant de la gravité de son état, de ses besoins, des compétences et du plateau technique dont dispose ce service. D'ailleurs, la psychogériatrie constitue une préoccupation de tous les services gériatriques où on évalue, traite et oriente le bénéficiaire vers le service le plus approprié.

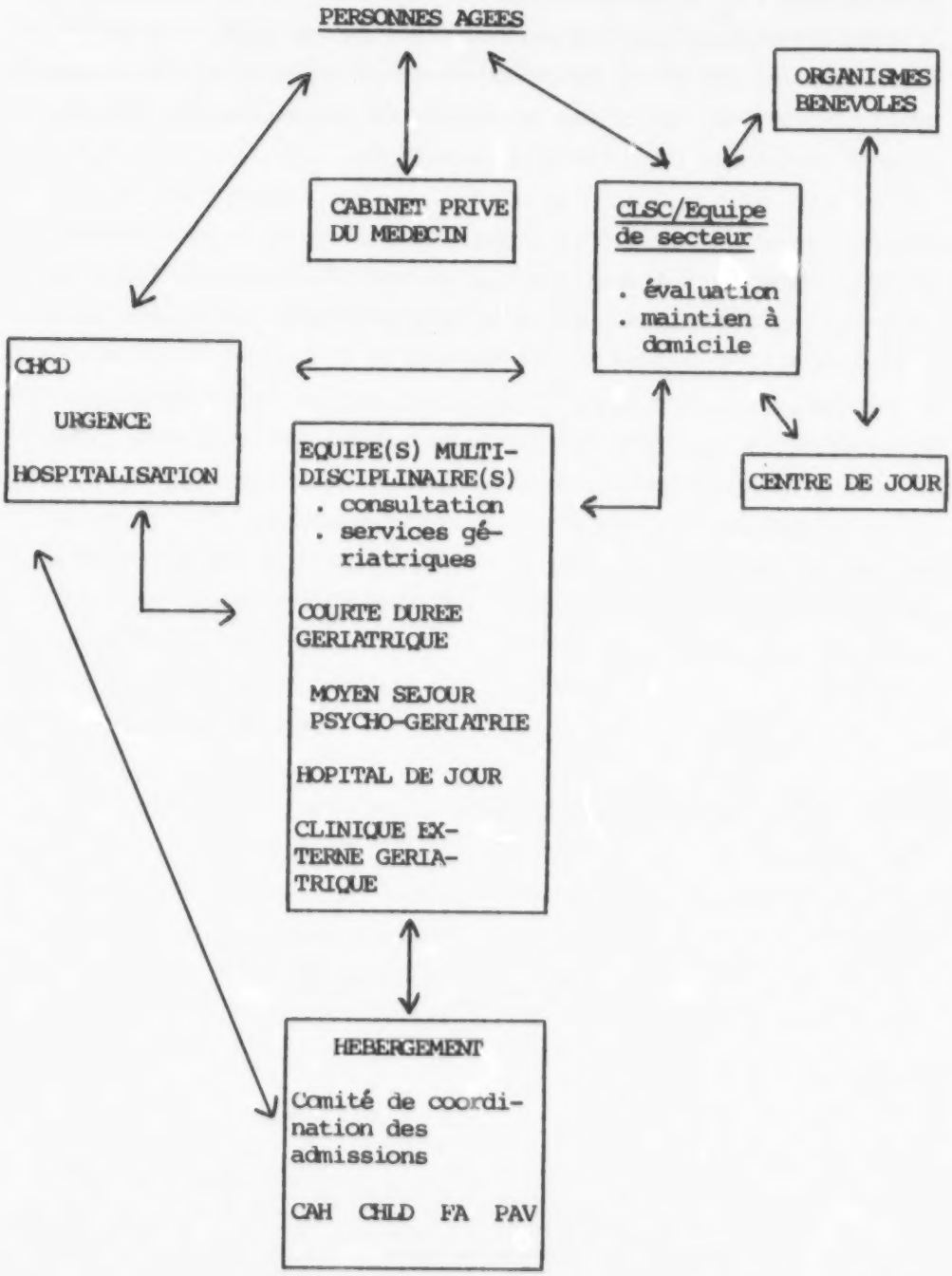
En poursuivant l'exemple précédent de Madame X, ceci permettra de mieux cerner le processus d'orientation, ainsi que l'importance d'assurer le suivi du bénéficiaire. Devant les multiples problèmes médicaux et psycho-sociaux qui tourmentent Madame X, son médecin de famille la réfère au service de courte durée gériatrique, qui diagnostique une démence multi-infarct. Après quelques semaines de thérapie, elle retourne vivre dans sa famille d'accueil, tout en fréquentant l'hôpital de jour deux fois par semaine, afin d'y poursuivre quelques traitements.

L'intervention médicale étant toujours présente, mais moins nécessaire, elle participe à certaines activités de resocialisation au centre de jour, au rythme d'une demi-journée par semaine. Soudain, son état se déstabilise et elle est réadmise à l'unité de courte durée gériatrique du centre hospitalier qui la renvoie à son domicile au bout de trois semaines. Finalement, elle est hébergée dans un centre d'accueil où elle décède au bout de deux ans.

Grâce au suivi qui a été constamment maintenu, il a été possible de retarder son institutionnalisation en l'orientant, lorsque son état l'exigeait, vers un service psychogériatrique adéquat. La malade et la famille étaient ainsi assurées que la prise en charge se poursuivrait toujours et, qu'en cas de récurrence de la maladie, Madame X pouvait bénéficier du service le plus approprié.

Le service de psychogériatrie, comme tous les autres services gériatriques, joue un rôle actif dans l'orientation du bénéficiaire qui, dans les cas favorables, peut même être planifiée assez tôt, avec la collaboration du patient, de la famille et des autres intervenants. A cet effet, les contacts sont établis avec les autres services, les établissements ou organismes qui auront à intervenir auprès du bénéficiaire. Comme il est indiqué au tableau IX, il est important d'établir des liens avec ces derniers, afin de maintenir la prise en charge, de mieux orienter et d'assurer le continuum de soins et de services.

TABLEAU IX


PERSONNES AGEES
ORGANISMES BENEVOLES
CABINET PRIVE DU MEDECIN
CLSC/Equipe de secteur
. évaluation
. maintien à domicile
CHCD
URGENCE
HOSPITALISATION
EQUIPE(S) MULTI-DISCIPLINAIRE(S)
. consultation
. services gériatriques
COURTE DUREE GERIATRIQUE
MOYEN SEJOUR PSYCHO-GERIATRIE
HOPITAL DE JOUR
CLINIQUE EXTERNE GERIATRIQUE
CENTRE DE JOUR
HEBERGEMENT
Comité de coordination des admissions
CAH CHLD FA PAV

5.5 La consultation

Tous les services gériatriques sont confrontés à la problématique psychogériatrique. Nombreux sont les établissements, les organismes et les familles qui se sentent impuissants devant ces problèmes, faute de compétences disponibles. A cet égard, le Group for the Advancement of Psychiatry (G.A.P. 1971) met l'accent sur la consultation.

Elle vise éventuellement:

- les services gériatriques,
- les centres hospitaliers de courte et de longue durée (services internes et clinique externe, urgence),
- les centres d'accueil d'hébergement,
- les foyers pour personnes âgées (familles d'accueil, pavillons, logements protégés et adaptés),
- les services d'aide et de soins à domicile (C.L.S.C., D.S.C.),
- les médecins de famille,
- les médecins et spécialistes non spécialisés en psychogériatrie,
- les infirmières de liaison,
- la famille.
- les bénévoles.

Evidemment, dans un premier temps, il sera tout à fait impossible de répondre à tous les besoins. Selon les ressources disponibles, il faudra prioriser certaines consultations.

Cette approche de consultation accroît le rôle du personnel psychogériatrique, qui agit comme aidant auprès des aidants: professionnels, bénévoles, membres de la famille ou autres personnes significatives. Par des consultations, des séances régulières d'information ou d'autres contacts, ces personnes ressources aident ces derniers à assurer un cadre thérapeutique, en insistant sur la prévention, l'atténuation des troubles mentaux, la réadaptation optimale et l'amélioration de la qualité de vie. Selon Wasylenki (1982), la consultation est perçue comme une solution préférable à l'intervention de crise, comme un moyen de poursuivre la thérapie et le suivi déjà entrepris, d'éviter ou de retarder le placement en institution.

Les raisons qui déterminent le maintien du patient âgé à son domicile ou son admission en établissement, n'ont souvent aucun rapport avec son état de santé et tiennent plutôt à la motivation, à la capacité, aux possibilités de son entourage et au degré d'efficacité de l'aide à domicile. Le stress, l'épuisement et l'impuissance des membres de la famille devant des comportements liés à une maladie en pleine progression où n'existe aucun espoir, les découragent. Le support et les conseils fournis par le consultant aident l'entourage à surmonter cette dure réalité. Maintenir le moral des soignants constitue sans doute l'apport le plus salutaire du personnel consultant en psychogériatrie.

5.6 L'enseignement et la recherche

Les objectifs d'enseignement et de recherche gériatriques définis par David Skelton s'appliquent aussi à la psychogériatrie:

(1) "Fournir un milieu pour l'éducation de toutes les branches de services de la santé qui s'occupent des soins aux personnes âgées. Développer, chez tous les professionnels de la santé, les capacités, la connaissance et les attitudes appropriées et spécifiques aux soins en médecine gériatrique et psychogériatrique.

(2) Encourager la recherche et développer des moyens d'estimer les performances de toutes les parties des activités du département" (Skelton, 1978, p. 8).

Il est particulièrement important que toutes les catégories de personnel qui travaillent auprès des personnes âgées, médecins, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et autres, reçoivent un complément de formation en gériatrie ou en gérontologie. La recherche clinique doit aussi être encouragée, afin d'améliorer le diagnostic et le traitement des bénéficiaires gériatriques. On se doit aussi de préparer des professionnels compétents qui puissent répondre aux besoins d'enseignement et de recherche cliniques et d'enseignement universitaire. A cet effet, le service de psychogériatrie constitue un milieu propice tout comme les autres services offerts aux personnes âgées.

6. L'ORGANISATION DE LA PSYCHOGERIATRIE

Deux principes fondamentaux doivent guider l'organisation de la psychogériatrie:

1o- les personnes âgées aux prises avec des troubles mentaux (troubles de comportement et/ou de désordres émotionnels) doivent recevoir le bon service, au bon moment et au bon endroit;

2o- l'institutionnalisation doit être considérée comme l'ultime recours après épuisement des autres possibilités et ressources.

Il est possible d'éviter, sinon de retarder, l'institutionnalisation par des mesures de prévention et par la mise en place de ressources alternatives ou intermédiaires.

La plupart du temps, l'institutionnalisation de la personne âgée provoque ou aggrave un trouble de comportement, qui peut influencer négativement l'évolution d'une pathologie. Les études prouvent d'ailleurs, que l'hébergement n'est pas toujours nécessaire. Par exemples, on a constaté à Newcastle que 80% des personnes âgées souffrant d'affections organiques du cerveau vivaient chez-elles (Arie, 1971); à Copenhague, 65% de celles qui étaient atteintes de démence sénile, vivaient effectivement à la maison (O.M.S., 1981). A cette fin, un ensemble de ressources gériatriques étaient mises à la disposition des bénéficiaires âgés.

Dans un secteur géographique déterminé, la personne âgée, souffrant d'un trouble mental (trouble de comportement et/ou désordre émotionnel), doit pouvoir avoir accès à un réseau de services gériatriques efficaces, bien organisés, qui est mesure de la prendre rapidement

en charge, elle et sa famille. Elle doit pouvoir être diagnostiquée, traitée et suivie. La famille doit s'attendre à une aide et un support continus.

L'organisation psychogériatrique répond aux trois questions suivantes:

> "qui fait quoi", c'est-à-dire quels services, quelles personnes accomplissent ou dirigent les activités de prévention, d'évaluation, de thérapie, d'orientation et de suivi, de consultation, d'enseignement et de recherche?
>
> Comment se fait la prise en charge du bénéficiaire?
>
> Quel milieu de vie relationnelle et physique doit-on créer pour cette catégorie de bénéficiaires?

6.1 Qui fait quoi?

En gériatrie, l'intervention est globale et les services sont rendus par une équipe multidisciplinaire. Ceci amène un inévitable, mais nécessaire chevauchement des services et des tâches, et c'est là que réside la grande difficulté d'orientation du bénéficiaire, si on ne tient pas compte des deux principes organisationnels énoncés précédemment.

A cette fin, les cinq programmes d'interventions psychogériatriques décrits au chapitre 5 de ce document sont offerts dans les neuf services suivants:

1- les services à domicile,
2- la consultation externe gériatrique,
3- le centre de jour,
4- l'hôpital de jour,
5- la courte durée gériatrique,
6- le moyen séjour,
7- l'unité de psychogériatrie,
8- l'hébergement en centre d'accueil,
9- l'hébergement en C.H.L.D. ou U.S.L.D.

Dépendant des besoins du bénéficiaire, c'est-à-dire de la gravité de sa déficience, de son degré d'autonomie et aussi, dépendant de la spécificité de l'intervention requise, il est orienté vers le ou les services les plus appropriés. C'est ainsi que, au tableau X, l'évaluation globale diagnostique peut débuter aux lieux de résidence, domicile ou autres et se poursuivre soit à la clinique externe gériatrique, à l'hôpital de jour, en courte durée gériatrique ou dans une unité de psychogériatrie, dépendant du plateau technique et des compétences nécessaires. Il en est de même de la thérapie qui dépend toujours de l'autonomie du bénéficiaire, de la nature de sa maladie. Quant au suivi, il est assuré soit par les services à domicile si le bénéficiaire retourne à domicile, soit par le personnel de l'établissement s'il est hébergé. Selon le besoin, on peut faire appel à l'équipe psychogériatrique.

TABLEAU X

QUI FAIT QUOI?

ORIGINE DU BENEFICIAIRE	REFERENCE	EVALUATION	THERAPIE	SUIVI
Domicile	Communauté (C.L.S.C.)	Consultation externe gériatrique	Service à domicile	Au domicile ou
Famille d'accueil	Clinique médicale	Hôpital de jour	Consultation externe gériatrique	en établissement
Centre d'accueil	Services gériatriques	Courte durée gériatrique	Hôpital de jour	PAR
Pavillon	Services hospitaliers	Unité de psychogériatrie	Courte durée gériatrique	Les services gériatriques internes ou externes
Centre hospitalier longue durée			Unité de psychogériatrie	ou
Centre hospitalier courte durée			Moyen séjour	L'équipe ambulatoire
			Long séjour	
			Hébergement en centre d'accueil	

La figure précédente démontre l'importance qu'il y a d'organiser les services de façon à ce qu'ils soient complémentaires et interreliés entre eux, afin d'établir une véritable prise en charge par un réseau de services gériatriques et ses intervenants, et d'assurer le continuum.

Toujours en se reportant à l'exemple de Madame X, celle-ci a été évaluée et a reçu quelques traitements au service de courte durée gériatrique; ensuite, elle est retournée vivre à domicile, tout en poursuivant sa thérapie d'abord à l'hôpital de jour, et après au centre de jour. Elle est même retournée quelque temps dans une unité de psychogériatrie pour y refaire un bilan de santé et elle a poursuivi sa thérapie dans un centre d'accueil d'hébergement. Grâce à un ensemble de services gériatriques bien organisés, complémentaires et interreliés, Madame X a pu recevoir le bon service, au bon moment et au bon endroit, et a eu recours ultimement à l'hébergement. La prise en charge a été assurée par des équipes multidisciplinaires de différents services gériatriques, dont les rôles et les fonctions étaient aussi clairement définis et de cette façon, le continuum a été maintenu.

6.2 L'équipe multidisciplinaire

La complexité, la multiplicité et la globalité des problèmes et de l'intervention auprès des personnes âgées nécessitent la formation d'une équipe multidisciplinaire gériatrique. Pour une meilleure efficacité, le noyau de cette équipe est le plus restreint possible (Rubenstein et Rockwood, 1982), quitte à s'adjoindre d'autres personnes, selon le besoin. Il comprend:

le médecin gériatre, chef du service et/ou le médecin gériatre traitant

l'infirmière chef ou l'infirmière soignante

le travailleur social

le physiothérapeute

l'ergothérapeute

En psychogériatrie, le médecin psychogériatre et l'infirmière en psychogériatrie s'ajoutent à cette équipe de base. Le psychologue, le neurologue, l'éducateur spécialisé, le thérapeute familial et d'autres peuvent en faire partie si leur présence est nécessaire.

Le rôle de l'équipe psychogériatrique et sa place dans le réseau de services gériatriques doivent être définis et connus de tous. Il en est de même de chacun de ses membres. L'équipe est sous la responsabilité du chef du service. Un horaire régulier de rencontres est planifié; on y échange l'information relative aux nouvelles admissions, à l'état du bénéficiaire, aux problèmes rencontrés, à l'orientation et au suivi; on y élabore les plans de services et discute des plans d'interventions, ou prévoit leur révision régulière. L'effort est constamment maintenu afin que la prise de décision repose sur le consensus.

Un membre de l'équipe restreinte ou extensive agit comme intervenant priviliégié auprès du malade. Il arrive fréquemment qu'un bénéficiaire développe une relation privilégiée avec un membre de l'équipe, qui devient, en fait, l'instrument d'information et qui sert de lien entre le patient, les membres de l'équipe et la famille. Lorsque cette relation ne se produit pas l'équipe désigne une personne privilégiée.

Il serait souhaitable que la courte durée gériatrique, l'hôpital de jour et la clinique externe gériatrique complètent leur équipe avec du personnel psychogériatrique. Evidemment, s'il y a une unité de psychogériatrie, elle devrait opérer avec une équipe psychogériatrique au complet. Ces équipes serviraient de "Consultation-liaison" auprès des autres services gériatriques (Wasylenki, 1982) qui ne peuvent se permettre d'avoir une équipe complète en psychogériatrie.

6.3 L'équipe multidisciplinaire ambulatoire

Les personnes âgées préfèrent recevoir les services à domicile, particulièrement celles qui ont subi un traumatisme physique ou psychique; elles doivent être traitées à domicile par des membres compétents des professions médico-sociales (O.M.S., 1981; Aronson, 1981; Wasylenki et al, 1984). Cependant, il importe d'admettre qu'il y a des limites à ce que peut et doit supporter la famille, et dans ces conditions, il faut lui offrir une aide et un soutien occasionnels tangibles, sinon elle demandera l'hébergement. D'ailleurs, comme l'affirme Aronson (1981), souvent l'institutionnalisation dépend bien plus de la tolérance et de la coopération de la famille que de la condition du patient.

Les recherches ont démontré que les familles ou les autres personnes significatives, qui prennent soin de leurs aînés malades, ne veulent pas les abandonner, mais qu'elles ont besoin d'être comprises et d'être assurées qu'un suivi thérapeutique est maintenu (Arie, 1973). Ce sont ces dernières qui continuent de soigner et de surveiller le patient à la maison, même si elles sont parfois tout à fait impuissantes devant la complexité de la maladie. Elles ont besoin d'un support technique, psychologique, émotionnel et de beaucoup d'attention.

A mesure que la maladie progresse, les membres de la famille se sentent démunis devant les comportements anormaux qui apparaissent chez le malade. Le manque d'information au sujet de la nature de la maladie et de ses manifestations et au sujet des actions à prendre pour soulager l'aîné malade agit au détriment des soignants, qui développent des sentiments de frustration, de négativisme et de ressentiments de toutes sortes. Aronson (1981) ajoute qu'un cercle vicieux d'aliénation et d'isolement social se développe, ce qui rend encore plus difficile la prise en charge de la personne malade par la famille.

La frustration est aussi énorme chez le personnel en institution qui constate peu d'amélioration chez le bénéficiaire. Il se sent impuissant et tout à fait inutile lui aussi devant une maladie en progression. Souvent, il ne peut rien faire face aux troubles de comportement qui se manifestent. Il s'ensuit une rotation rapide du personnel, des absences fréquentes et prolongées et peu de motivation.

Conséquemment, en plus de fournir l'aide thérapeutique auprès des personnes âgées atteintes des maladies mentales fonctionnelles ou

organiques, les services gériatriques doivent être assez flexibles et mobiles, pour fournir l'expertise, le soutien et le support nécessaires auprès des intervenants, familles ou professionnels qui oeuvrent à domicile ou en établissement. Ils doivent répondre aux besoins là où ils se trouvent.

Comme il est impossible de disposer d'une équipe psychogériatrique dans tous les services gériatriques, l'équipe psychogériatrique ambulatoire répondra à cette nécessité. Son intervention est basée sur l'évaluation, la thérapie et le suivi du bénéficiaire. Elle joue un rôle de prévention en intervenant précocement et contribue ainsi à éviter ou retarder le placement en institution. Sa principale responsabilité repose surtout sur le support technique, moral et d'enseignement, qu'elle fournit auprès du personnel et de l'entourage du bénéficiaire. Elle ne supplée pas à l'équipe de soutien à domicile, qui accomplit les tâches ordinaires de maintien à domicile, mais elle peut lui servir de support afin qu'elle puisse remplir efficacement son rôle.

LIEUX D'INTERVENTION DE L'EQUIPE AMBULATOIRE PSYCHOGERIATRIQUE

Activités	Clientèles	Lieux
Prévention	Bénéficiaire	Consultations externe gériatrique
Evaluation	Famille	Hôpital de jour
Thérapie	Professionnels	Centre de jour
Consultation	Services gériatriques	Unités d'hospitalisation:
Support		Courte durée gériatrique
Formation		Courde durée psychiatrique
		Longue durée psychiatrique
		Longue durée gériatrique
		Services à domicile:
		C.L.S.C., D.S.C., C.S.S.S.
		Centre d'accueil d'hébergement
		Pavillons
		Familles d'accueil

Etant rattachée administrativement à un service gériatrique d'un centre hospitalier, l'équipe ambulatoire agit, si nécessaire, à tous les niveaux d'intervention que ce soit au domicile du bénéficiaire, dans les familles d'accueil, les centres d'accueil, les pavillons, dans les centres hospitaliers de courte durée et de longue durée, et auprès du personnel des C.L.S.C. et du C.S.S..

> Elle comprend: le psychogériatre, l'infirmier(ère) psychogériatrique, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le psychologue, l'éducateur spécialisé et le travailleur social.

Habituellement, c'est l'infirmière qui assure le suivi et la liaison avec l'équipe. Les autres professionnels maintiennent aussi le suivi, le support et la consultation aux intervenants du milieu et à l'entourage du patient sur demande.

6.4 Les responsabilités des membres de toute équipe psychogériatrique

La gériatrie se caractérisant par sa flexibilité organisationnelle, le rôle de chaque membre de l'équipe n'est pas rigide au point d'empêcher l'un d'agir, sous prétexte que ce n'est pas sa responsabilité. Par exemple, s'il n'y a pas de travailleur social pour préparer la sortie du bénéficiaire et pour le réintégrer à son milieu, le médecin de famille, le gériatre, le psychogériatre ou l'infirmier peut s'en charger. Il en est de même du côté médical ou s'il n'y a pas de gériatre, ni de psychogériatre consultants, l'omnipraticien peut faire le travail.

A l'exception de l'équipe ambulatoire psychogériatrique et de l'unité de psychogériatrie qui sont sous la responsabilité du psychogériatre, tous les autres services gériatriques sont sous la responsabilité du gériatre; le psychogériatre y travaille en permanence ou agit comme consultant. Par contre, dépendant des disponibilités de ces deux spécialistes et du contexte local, le service peut être administré par un gériatre aidé d'un psychogériatre ou avec le concours du gériatre ou selon un système de gestion commune. "Ce qui importe, c'est de mobiliser les deux types de compétences au mieux des intérêts des patients" (O.M.S., 1982, page 32).

Le psychogériatre

L'expertise du psychogériatre est très utile dans l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement adéquats. C'est un spécialiste qui met sa compétence à contribution dans l'établissement du diagnostic et du traitement. Il agit principalement comme consultant et comme support auprès de l'équipe gériatrique, tant du côté des programmes d'intervention que du moral des intervenants. Il est au service du personnel soignant, de la famille et du médecin et les aide à soutenir leur moral et leur motivation.

Il est préoccupé par la recherche et l'enseignement en participant aux programmes de recherche et d'enseignement, à la formation et à l'information auprès des intervenants.

Il fournit des conseils sur l'utilisation de certains médicaments psychotropes, afin que la posologie soit adaptée à la personne âgée.

Il fournit aussi certains conseils sur l'application de certains programmes comme la psychothérapie, l'orientation à la réalité, la sociothérapie, etc...

Il aide les intervenants à adapter leurs attitudes et leurs comportements aux besoins des bénéficiaires.

Le médecin de famille

> "Le médecin généraliste est celui qui dispose historiquement et fonctionnellement du plus grand nombre de disponibilités en psychogériatrie" (Rondinet, Bouffin, 1981, p. 319).

En effet, il se trouve constamment en première ligne: (Bassot, 1981)

1o- Pour le diagnostic:

dans la majorité des cas pour le diagnostic complet; plus rarement lorsque la personne est orientée vers un service gériatrique.

2o- Pour la thérapie:

il peut traiter plusieurs états dépressifs; il peut prévenir et traiter bien des troubles de comportement (états confusionnels, états délirants); lorsque c'est impossible d'avoir d'autres ressources, il peut longtemps suivre à domicile bon nombre d'âgés souffrant de démence. Il est donc le principal intervenant

auprès du malade et de la famille. C'est à lui que la famille fait habituellement appel et c'est lui qui, normalement, réfère aux autres ressources.

Il fait les visites d'évaluation et de réévaluation périodiques lorsque c'est possible; il contrôle le traitement et il constitue le lien principal entre le bénéficiaire et les services gériatriques.

Le personnel infirmier

D'abord, une des fonctions premières de l'infirmière consiste à recueillir le plus d'informations possible, afin de pouvoir évaluer le bénéficiaire et d'établir le plan d'intervention approprié.

Auprès des personnes âgées aux prises avec des problèmes psychogériatriques, elle observe et évalue de façon systématique et suivie:

1o- les comportements fonctionnels, plus précisément les potentialités;

2o- les comportements dysfonctionnels (errance, incontinence, difficulté à l'habillage), les évènements qui entourent le quotidien et les caractéristiques physiques et sociales du milieu.

Elle recueille des informations sur les éléments biographiques pertinents (habitudes, goûts, etc...) et sur ses réactions émotives.

Elle choisit, parmi la gamme des interventions bio-psycho-sociales, relevant de sa compétence, celles qui sont les plus adéquates. Elle observe de façon systématique et continue les indicateurs susceptibles d'aggraver l'état du bénéficiaire et les communique ensuite au médecin traitant.

Comme les autres membres de l'équipe multidisciplinaire, elle est une thérapeute familiale très utile. Elle facilite à la famille, les visites en établissement. Si le malade vit à domicile, elle s'assure de la compétence des membres de la famille à prodiguer les soins, elle les informe et les supporte dans leurs tâches; elle discute avec eux des moyens pouvant les aider à composer avec leurs propres tensions et à surmonter les difficultés liées à leur situation de soignant.

Le travailleur social

Quant au travailleur social, il est en mesure d'évaluer les besoins psycho-sociaux et les ressources socio-économiques du bénéficiaire, d'intervenir avec compétence dans les dynamiques individuelles, sociales et communautaires. Il est aussi en mesure d'assurer le support et le suivi auprès du bénéficiaire, de sa famille et de son réseau significatif, afin de le maintenir le plus longtemps possible dans son milieu naturel de vie. Avec le médecin de famille, il est le principal agent de référence aux services gériatriques. Il chemine la demande de placement en institution et prépare la sortie.

Il contribue fortement au maintien à domicile en fournissant les conseils, l'aide et les services nécessaires à cette fin comme l'aménagement physique, les repas, la demande de visite médicale ou autres.

Le psychologue, l'ergothérapeute, le physiothérapeute et l'éducateur spécialisé posent des interventions spécialisées dans leur domaine de compétence et de cette façon, renforcent l'évaluation et la thérapie. Selon les besoins exprimés lors de l'évaluation par l'équipe multidisciplinaire, ils interviennent sur demande.

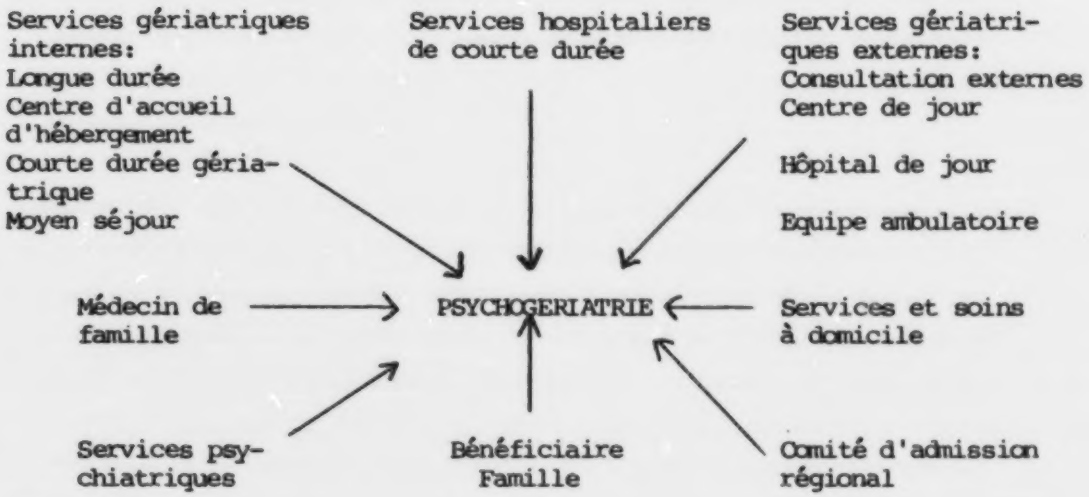
6.5 La prise en charge du bénéficiaire en psychogériatrie

Pour être admise en psychogériatrie, la personne âgée doit répondre au critère suivant:

> Elle doit souffrir d'un trouble mental qui peut s'exprimer, soit par des troubles de comportement et/ou des désordres émotionnels.

La majorité de la clientèle origine du domicile. Bon nombre viennent des établissements hospitaliers de courte durée ou de longue durée et de centres d'accueil d'hébergement. Parfois, le bénéficiaire se présente lui-même au service. La plupart du temps il est référé par sa famille ou bien par le médecin de famille, les services à domicile, les services sociaux, les services gériatriques, les centres hospitaliers de courte durée ou les comités d'admission régionaux.

SOURCES DE REFERENCE POUR LA PSYCHOGERIATRIE



La demande d'admission est reçue et analysée par le gériatre ou le psychogériatre responsable de la psychogériatrie, qui vérifie si elle est conforme aux critères d'admission. A cette fin, si la demande est faite à l'intérieur même du centre hospitalier, le dossier du patient est mis à la disposition de la psychogériatrie; dans le cas contraire, un résumé de dossier peut être obtenu. Ceci afin de savoir si le bénéficiaire a déjà été évalué, quels examens diagnostiques il a subis (tests de laboratoire, radiologie, prise de sang, etc...), pour ne pas les répéter inutilement, quels traitements il a subis, quelle médication lui a été prescrite et toute autre information pertinente.

Une procédure d'accueil est en marche et, dès que le bénéficiaire est admis, l'équipe l'accueille, le sécurise. Elle établit avec lui et sa famille des liens de collaboration et de compréhension et leur transmet toute l'information nécessaire.

Le premier programme psychogériatrique appliqué est celui de l'évaluation diagnostique. A cause de sa complexité, il faut disposer des compétences et du plateau technique nécessaires. Le médecin traitant prescrit tous les examens nécessaires. Auparavant, il a vérifié si d'autres examens ont été faits. L'équipe multidisciplinaire complète l'évaluation globale et prescrit les services requis.

Si le bénéficiaire était déjà pris en charge par le même service gériatrique qui lui fait l'évaluation psychogériatrique, ou bien s'il a été référé par un autre service gériatrique ou par le comité d'admission régional, le plan de services déjà établi est simplement révisé. Dans le cas contraire, le plan de services est élaboré au complet.

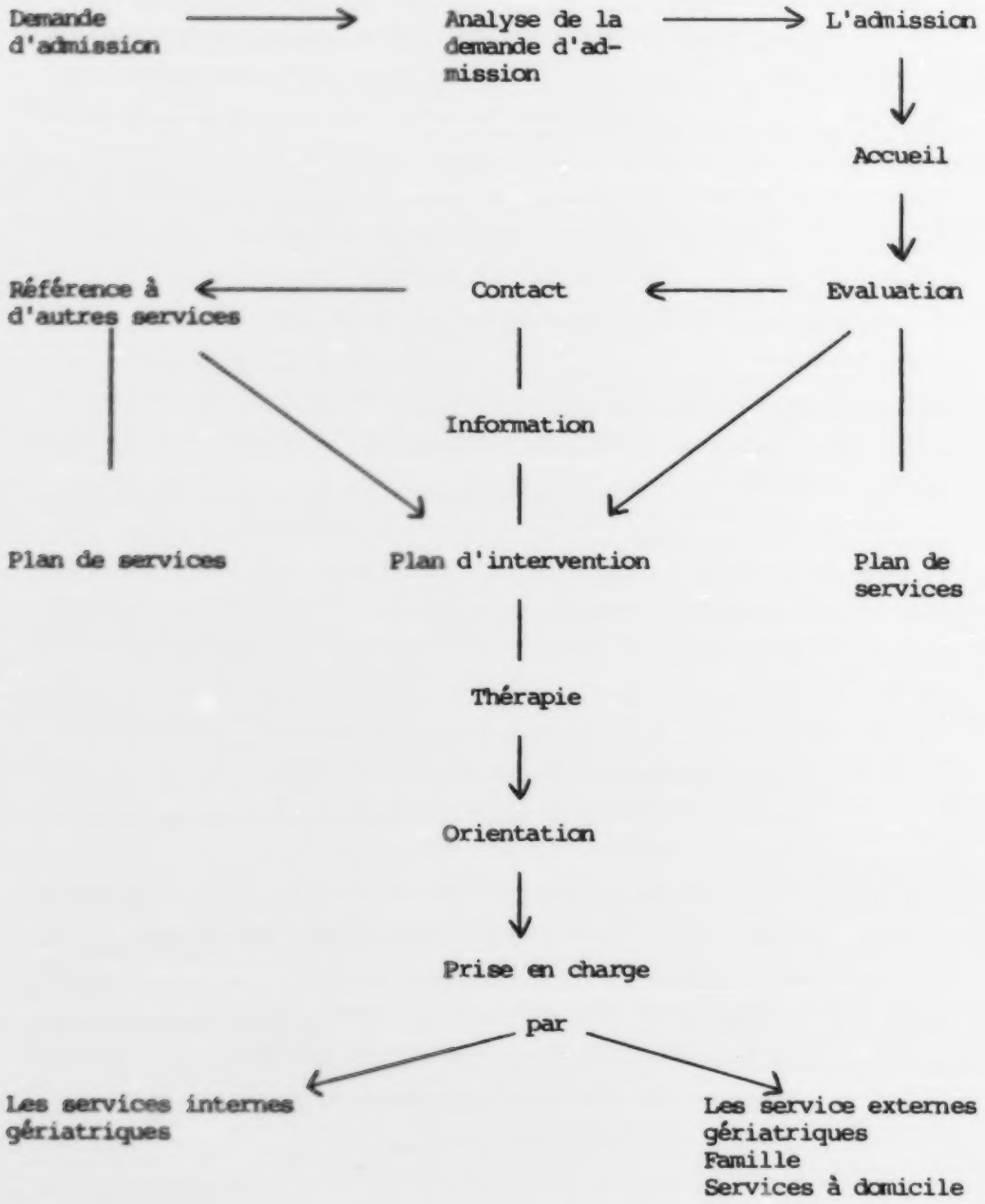
Avant d'entreprendre la thérapie, une décision importante doit se prendre, à savoir si le patient retourne à domicile, au service gériatrique qui l'a référé ou s'il demeure dans le service gériatrique qui l'a évalué. Cette décision est importante parce que c'est l'équipe qui intervient dans la thérapie, qui prépare le plan de traitement ou d'intervention.

Si la personne évaluée est traitée pour un temps limité ou indéterminé au service qui l'a évaluée, c'est l'équipe de ce service qui prépare le plan d'intervention et qui l'applique. Si elle est référée à un autre service, c'est ce dernier service qui a la responsabilité d'élaborer et d'appliquer ce plan d'intervention. Tout ceci dans le

but de maintenir la prise en charge. Par exemple, dans le cas d'un bénéficiaire d'un centre d'accueil qui a été référé à l'hôpital de jour pour une évaluation psychogériatrique, si l'hôpital de jour décide de poursuivre un certain temps la thérapie, son équipe a élaboré le plan d'intervention. Plus tard, s'il poursuit sa thérapie au centre d'accueil, il revient à l'équipe du centre de préparer et d'appliquer le plan d'intervention avec l'aide, si nécessaire, du peronnel de l'équipe ambulatoire.

L'orientation étant déterminée, les contacts sont établis avec le ou les autres services qui auront à poursuivre la prise en charge. Une rencontre est prévue avec le bénéficiaire si possible, ses proches et un représentant du ou de chaque service qui auront cette prise en charge et qui assureront le suivi. On les informe sur l'état de santé actuelle et prévisible du malade, sur la thérapie qui doit être poursuivie, sur le suivi et la prise en charge qui doivent être maintenus. On les rassure qu'en cas de besoin, le support et l'aide de l'équipe ambulatoire leur seront procurés.

LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOGERIATRIE



6.6 Le plan de services et le plan d'intervention

L'évaluation du bénéficiaire se traduit dans le plan de services, qui est défini dans le guide administratif du ministère de la Santé et des Services sociaux comme étant "un outil administratif de planification et de coordination de services à rendre à un bénéficiaire" (Normes et Pratiques de gestion, 1985). Il permet d'orienter et d'assurer le suivi du bénéficiaire dans les différents services gériatriques qui auront à répondre aux besoins variés identifiés lors de l'évaluation. On doit donc tenir compte de tous les services disponibles, de leur interrelation et de leur complémentarité. On doit aussi considérer que le bénéficiaire est pris en charge par un réseau de services intégrés, de sorte qu'il est possible de le référer à l'un et/ou à l'autre service.

Ce plan de services se décompose en autant de plans d'interventions qu'il y a d'intervenants ou de domaines d'interventions. Selon les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux:

> "Un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit dans un établissement offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement. Le plan comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des soins et des services ainsi qu'une mention de sa révision au 90 jours".

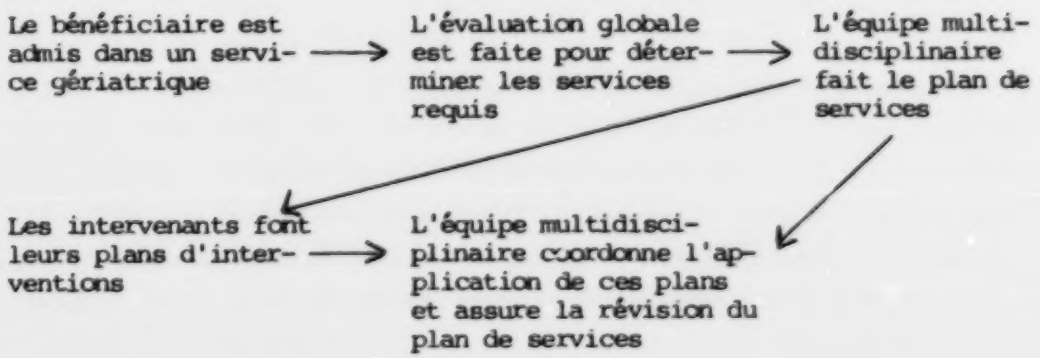
Il est à remarquer que le règlement exige un plan d'intervention pour le bénéficiaire admis ou inscrit en soins de longue durée ou des services d'hébergement. Par contre, pour une réponse plus adaptée et plus efficace aux besoins, un plan de services et un plan d'intervention devraient être établis pour le bénéficiaire psychogériatrique, qu'il reçoive le ou les services à l'interne, à l'externe ou à domicile.

Le plan d'intervention c'est l'ensemble des actions planifiées par chaque groupe de professionnels aptes à rendre les services qui sont déterminés pour un bénéficiaire dans son plan de service (L'Italien, 1985). Comme le plan de services, c'est un outil de planification qui permet l'organisation systématique des actions que comptent entreprendre un ou plusieurs intervenants dans une même profession, afin de rendre efficacement les services requis. Chacun ou chaque groupe d'intervenants dans une même profession demeure responsable, dans le cadre de son plan de travail, du choix de son mode d'intervention, de l'instrument et de la détermination des activités propres à chaque profession. Ainsi, l'autonomie de chaque intervenant est respectée dans le cadre de sa propre sphère de compétence, tout en maintenant sa dépendance vis-à-vis les autres services dans le cadre de l'objectif commun déterminé dans le plan de services.

L'équipe multidisciplinaire est responsable de l'élaboration du plan de services, de l'application et de la coordination des plans d'interventions, ainsi que du respect de la date de révision. Ce qui signifie que le plan d'intervention doit être discuté en multidsciplinarité afin de maintenir la complémentarité, la coordination des interventions et la cohérence des objectifs de chacun à celui du plan de services.

Madame X, lorsqu'elle est admise en courte durée gériatrique, subit une évaluation globale. Ensuite, un plan de services est établi par l'équipe pluridisciplinaire et chaque intervenant élabore un plan d'intervention qui est discuté en équipe. L'équipe multidisciplinaire coordonne l'application des plans d'interventions et revise le plan de services.

Lorsque madame X est orientée dans les autres services tels l'hôpital de jour, les services à domicile, le centre de jour, l'unité de psychogériatrie et en centre d'accueil, le même processus de planification et de coordination est établi, c'est-à-dire que le plan de services et le plan d'intervention sont élaborés dans chaque service mais toujours en continuité avec les plans de services et d'intervention précédents. Il n'est pas nécessaire de refaire l'évaluation globale dans chaque service où la bénéficiaire est orientée; elle peut être révisée selon l'état de la patiente. Par exemple, puisqu'un diagnostic de démence multi-infart a été posé dans le cas de madame X, le même processus diagnostic n'est pas repris à l'hôpital de jour, mais si d'autres symptômes ou d'autres complications psychosociales apparaissent, l'examen bio-psycho-social se poursuit.



6.7 Le milieu de vie

Quel que soit le milieu de vie de la personne âgée atteinte d'une maladie mentale fonctionnelle ou cérébrale organique, il faut retenir ceci: que la thérapie se poursuit toujours dans les trois formes, curative, symptomatologique, de réadaptation et/ou d'adaptation. Par exemple, celle qui souffre d'une maladie réversible ou irréversible doit continuer à prendre sa médication. On doit être sensible aux symptômes qui peuvent survenir comme l'incontinence, la désorientation ou autres, et prévenir certains accidents telles les chûtes. On doit aussi essayer de compenser les déficits et les pertes par des mesures de réadaptation qui aideront l'aîné à fonctionner et à s'adapter, tant soit peut, à son environnement.

Il faut toujours se rappeler que l'être humain est un organisme total dont les comportements résultent d'une interaction bio-psycho-sociale. Comme corollaire, l'environnement humain et physique joue un rôle important dans les manifestations et l'évolution de la maladie chez une personne âgée.

On doit alors créer un milieu de vie qui respecte la dignité et l'intégrité psychique et physique de l'aîné; un milieu sécurisant, rassurant, empathique, compréhensif, supportant qui n'est pas nécessairement un milieu de maternage. C'est un milieu pour une personne malade, dont les capacités sont diminuées et qui est très sensible au climat socio-affectif.

Chez la personne âgée atteinte d'une maladie mentale fonctionnelle ou organique, les atteintes varient, ainsi que la manifestation des symptômes et des comportements, qui changent aussi, selon l'évolution de la maladie. Même si la capacité d'adaptation diminue, elle

existe toujours et l'âgé tente de s'adapter à cette nouvelle situation par des mesures compensatoires. L'environnement humain et physique doit donc être adapté aux troubles spécifiques de la personne et les intervenants doivent par des mesures d'aide et de support lui aider à s'adapter à son milieu.

Brody (1977) suggère une approche centrée sur les besoins individuels qui permettrait une conception environnementale et clinique qui soit à la fois thérapeutique et prothétique. Cette dernière notion de prothétique est empruntée à Lawton (1980) qui dit que plus la maladie progresse plus elle atteint le niveau maximal, moins on peut être thérapeutique et plus on doit recourir à certaines mesures d'aide compensatoire, pour contrecarrer le disfonctionnement mental associé à la maladie. On doit privilégier un milieu humain et physique qui tient compte des déficits de la personne âgée malade. Ainsi, tout en favorisant l'optimalisation des capacités résiduelles et en lui permettant d'agir et de fonctioner par soi-même, on développe, en même temps, une approche prothétique et un milieu physique qui est aussi prothétique. Par exemple, chez l'Alzheimer, il s'agit de lui offrir un milieu à la mesure de ses besoins d'orientation spatiale, de troubles de perception, de disfonctionnement mental, d'agnosie et d'apraxie (Ducros-Gagné, 1984), un milieu qui lui permet de rompre avec le stress (Ducros-Gagné, 1984, Roux et Levesque, 1986). L'intervenant doit être particulièrement attentif à ces besoins et avoir un comportement rassurant et sécurisant.

L'intégration en institution

Afin de favoriser le milieu de vie et d'optimaliser l'efficacité des programmes psychogériatriques, doit-on regrouper les bénéficiaires dans un environnement distinct des autres bénéficiaires, ou doit-on les intégrer à ces derniers? Autrement dit, pour être à la fois thérapeutique et prothétique doit-on encourager la ségrégation ou l'intégration?

Piette (1982) préconise l'intégration tout en aménageant dans l'unité de soins une sous-unité psychogériatrique. Mireille Ducros-Gagné (1984) favorise une approche prothétique, c'est-à-dire une intervention prothétique de la part du personnel et un milieu physique prothétique. Selon l'expérience clinique de certains professionnels, en autant que leur nombre ne dépasse pas 25 à 30% de l'ensemble des bénéficiaires, les patients affectés par des problèmes psychogériatriques devraient être intégrés à l'unité et à la population totale de l'établissement.

Dans le sens de l'approche de madame Gagné (1984), devraient être intégrées à la population totale de l'établissement:

1o- les personnes désorientées de façon permanente: elles sont supportées par des programmes d'orientation à la réalité, de stimulation mnésique et sensorielle et de relation d'aide;

2o- les personnes qui souffrent de delirium: elles sont sécurisées et encadrées durant la période de traitement;

3o- les personnes atteintes de troubles de comportement: elles reçoivent les thérapies décrites dans ce document; celles qui deviennent dangeureuses sont orientées vers des services spécialisés;

4o- les personnes atteintes d'un syndrome cérébral organique de type démentiel: elles sont intégrées tant et aussi longtemps que les programmes thérapeutiques et leur état le permet.

Cependant, chez ces dernières, lorsque la maladie a atteint un stade tel que l'intégration n'est plus possible, c'est-à-dire que la personne ne retire plus aucun bénéfice d'être stimulée par le milieu et que les déficits engendrent des troubles de comportements, on pallie à ces déficits par un environnement prothétique. Il est possible d'aménager, dans une ou quelques unités de soins de l'établissement, une sous-unité psychogériatrique ou prothétique. Il s'agit, selon madame Gagné, "de développer une unité qui pallie les déficits de la personne démente durant certains stades d'involution de la pathologie par des mesures d'aide prothétique afin de faciliter son adaptation et d'optimaliser son fonctionnement" (Ducros - Gagné, 1985, p. 15).

Pour y accéder le bénéficiaire devra répondre aux trois critères suivants:

1o- il ne peut plus bénéficier de l'intégration totale et des programmes qui s'y rattachent;

2o- il souffre d'une surstimulation issue du milieu environnant;

3o- ses déficits cognitifs engendrent des comportements territoriaux et d'interaction inacceptables.

Lorsqu'il a atteint le stade de la phase terminale, toute intervention devrait cesser. Il demeure dans sa chambre, dans une atmosphère de calme et de confort, entouré de ses proches.

Le secteur prothétique est ouvert de 10 à 20 heures, ce qui permet aux résidents de demeurer dans leur appartement le soir et la nuit. La première moitié de l'avant-midi, ils peuvent recevoir les soins d'assistance requis dans les unités de vie commune.

C'est un environnement calme, ayant peu de bruit, avec éclairage contrôlé (la nuit surtout), des planchers non cirés et des points de repère pour faciliter l'orientation. Les locaux et le mobilier ressemblent au milieu habituel du résident: cuisine et mobilier traditionnels, puisque c'est là qu'ils ont vécu la majorité du temps.

Toutes les activités sont centrées sur l'optimalisation du fonctionnement de la personne, afin de retarder autant que possible la dégradation de son état. L'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne facilite l'orientation dans l'espace et le temps. Quant à l'orientation par rapport aux personnes, elle est maintenue par la stabilité du personnel. Les activités musicales et artistiques aident la personne à exprimer ses émotions et actualisent ce qui lui reste de potentialité; ceci préserve l'estime de soi et l'affect.

Il n'est donc pas nécessaire de regrouper les bénéficiaires psychogériatriques dans des unités distinctes. Il suffit simplement d'aménager, dans certaines unités de soins, un secteur prothétique. La seule ségrégation possible serait à l'unité de psychogériatrie que l'on retrouverait dans les deux régions métropolitaines de Québec et de Montréal où vit une population dense. On admet dans ces unités que les bénéficiaires dont l'état nécessite une hospitalisation pour y subir une évaluation et un traitement adéquats. Ce qui n'empêche pas évidemment les services gériatriques internes, comme la courte durée gériatrique et les soins de longue durée d'évaluer et de traiter les bénéficiaires.

CONCLUSION

La revue de la littérature présentée dans ce document permet d'affirmer que les maladies mentales affectent un nombre impressionnant de personnes âgées. Elles se manifestent par certains syndromes, dont les plus connus sont les états dépressifs, les états démentiels, les états psychotiques et le delirium, syndromes qui sont souvent confondus avec la maladie. Ceci contribue à hausser l'incidence d'erreurs diagnostiques et à institutionnaliser inutilement certains bénéficiaires.

Une distinction s'impose alors dans la recherche du diagnostic, entre le S.C.O., le T.M.O. et la maladie, première étape vers une intervention thérapeutique adéquate et équitable, puisque c'est la précision du diagnostic qui permet de spécifier l'irréversibilité ou la réversibilité de la maladie et d'établir la thérapie ou l'intervention médicale et psychosociale appropriée.

Auparavant, une des conditions essentielles à l'efficacité de l'intervention repose sur un changement de mentalité qui doit s'opérer auprès des intervenants et de toute la société, changement qui exige une connaissance des besoins globaux et continus des personnes âgées aux prises avec des maladies physiques et mentales et une organisation de services qui répondent adéquatement à leurs besoins, parmi lesquels figure celui de psychogériatrie.

La personne âgée subit plusieurs modifications de son organisme, qui conduisent à une baisse de ses capacités psychomotrices, psychologiques

et affectives. Elle vit aussi de multiples changements dans son environnement, dans sa condition économique et dans son rôle social, changements qu'elle n'est pas toujours préparée à affronter. Elle tente de s'adapter à cette nouvelle situation. Malheureusement, il arrive souvent que, faute de ressources internes et d'aide externe adéquates, l'âgé se sent impuissant et il réagit en présentant des troubles de comportement ou certains désordres émotionnels.

La dimension subjective s'intègre à l'ensemble de la crise et dans l'intervention auprès de cette personne, l'observation psychique prend beaucoup d'importance. Ceci ne signifie pas nécessairement que la personne âgée qui souffre d'un trouble mental est atteinte d'une maladie psychiatrique. Le trouble peut être relié à une maladie physique ou à certaines difficultés d'adaptation à une situation bio-psycho-sociale. C'est pour cette raison que la psychogériatrie englobe à la fois la gériatrie et la psychiatrie. On la définit comme un service gériatrique offert aux personnes âgées qui souffrent de troubles mentaux (troubles de comportement et/ou de désordres émotionnels).

L'intervention psychogériatrique se résume aux cinq (5) groupes de programmes suivants: la prévention, l'évaluation diagnostique, la thérapie, l'orientation et le suivi, l'enseignement et la recherche.

Tous les services gériatriques se préoccupent de la prévention. De cette façon, il est possible d'éviter ou d'atténuer les problèmes de comportement et les désordres émotionnels qui peuvent se présenter.

L'évaluation diagnostique est globale. Elle permet de cerner la maladie physique ou mentale réversible ou irréversible ou le problème psychosocial qui a causé le trouble mental. Elle identifie les problèmes médicaux physiques et psychiatriques et détermine les capacités résiduelles. Quant au processus diagnostic, comme tel, il est différentiel, c'est-à-dire, qu'en éliminant les causes probables, on en arrive à la cause ou à la maladie à l'origine du syndrome.

Il en est de même de la thérapie qui est, elle aussi, globale. Elle prend les trois dimensions suivantes: curative, symptomatologique, de réadaptation et/ou d'adaptation. D'abord, il y a lieu de faire la distinction entre la réversibilité et l'irréversibilité de la maladie, afin d'établir la thérapie appropriée. Si la maladie est réversible, la thérapie est curative et symptomatologique; si elle est irréversible, la thérapie est symptomatologique, de réadaptation et/ou d'adaptation.

Tout comme l'évaluation diagnostique, la thérapie est un processus continu qui se poursuit même après que le bénéficiaire a été orienté vers un autre service. C'est pour cette raison, que le service de psychogériatrie, en plus d'orienter le patient vers le service le plus adéquat, doit s'assurer que la thérapie se poursuit. Elle peut prendre l'aspect d'une consultation auprès des intervenants.

La psychogériatrie est aussi un milieu favorable à l'enseignement et à la recherche. Ceci contribuera sûrement à améliorer la compétence, les connaissances et les services auprès de la clientèle psychogériatrique.

Comme la personne âgée, aux prises avec des troubles mentaux, a le droit de recevoir le bon service, au bon moment et au bon endroit, et que l'institutionnalisation constitue l'ultime recours, il importe d'organiser le service de psychogériatrie en conséquence: de définir les rôles

et les fonctions, d'établir une prise en charge et d'offrir un milieu de vie relationnelle et physique équitable.

L'évaluation et la thérapie étant un processus continu, tous les services gériatriques s'en préoccupent. Il en est de même de la prévention, de l'orientation et du suivi, de l'enseignement et de la recherche. Par contre, si l'on considère la gravité de la déficience, le degré d'autonomie, la spécificité de l'intervention requise, le plateau technique et les compétences requises, certains rôles relèvent plus particulièrement de certains services gériatriques. Par exemple, la consultation externe gériatrique, l'hôpital de jour, la courte durée gériatrique et l'unité de psychogériatrie sont beaucoup plus susceptibles d'entreprendre une évaluation diagnostique que les autres services gériatriques, qui ne disposent pas toujours des ressources nécessaires.

La complexité, la multiplicité et la globalité des problèmes et de l'intervention requise exigent la formation d'une équipe pluridisciplinaire. A cet effet, à l'équipe gériatrique restreinte, s'ajoutent le médecin psychogériatre et l'infirmière psychogériatrique. De plus, en certaines occasions, on fait appel à d'autres compétences, comme le psychologue, le neurologue, l'éducateur spécialisé ou autres. Le rôle de l'équipe et la fonction de chaque membre sont connus de tous. Lorsqu'on ne dispose pas de l'équipe psychogériatrique, l'équipe ambulatoire y supplée, en fournissant le support technique et moral auprès du personnel et de l'entourage du bénéficiaire.

Le bénéficiaire psychogériatrique répond aux critères d'admission suivants: il souffre d'un trouble mental qui peut s'exprimer soit par des troubles de comportement et/ou des désordres émotionnels. S'il répond à

cette exigence, il est pris en charge par le service gériatrique le plus approprié qui l'accueille, l'évalue, le traite et l'oriente vers d'autres services, si nécessaire.

Les programmes psychogériatriques se donnent dans un environnement qui respecte la dignité et l'intégrité psychique et physique de la personne âgée; environnement qui est sécurisant, empathique, compréhensif et où on est très sensible au climat socio-affectif.

En plus d'être thérapeutique, ce milieu est prothétique, c'est-à-dire qu'on recourt à certaines mesures compensatoires, afin de contrecarrer le dysfonctionnement mental associé à la maladie. A cette fin, il n'est pas toujours nécessaire de regrouper en institution, dans des unités de soins dinstinctes, les personnes âgées aux prises avec des problèmes psychogériatriques.

Lorsque le bénéficiaire ne retire plus aucun bénéfice de la stimulation par le milieu et que ses déficits engendrent des troubles de comportement, qui le rendent inapte à l'intégration dans l'unité de soins, il est possible d'aménager une sous-unité psychogériatrique ou prothétique. Les expériences étrangères ont, en effet, donné des résultats assez probants qu'il a été possible d'évaluer en observant des changements d'attitude et de comportement à la fois chez le bénéficiaire et chez le personnel.

D'ailleurs, il est à noter qu'une évaluation significative de l'impact d'un service de psychogériatrie sera possible seulement lorsque tous les services gériatriques existeront dans un secteur donné et qu'on aura développé un outil adéquat. En attendant, il serait possible de faire plutôt une évaluation fonctionnelle et descriptive de ce service, comme il se fait actuellement pour quelques autres services gériatriques.

ANNEXE I

SIGNES ET SYMPTOMES DE DEPRESSION CHEZ LA PERSONNE AGEE

Symptoms	Observable signs
Emotional	**Appearence**
Dejected mood or sadness	Stooped posture
Decreased life satisfaction	Sad face
Loss of interest	Uncooperativeness
Impulse to cry	Soial wit
Irritability	Hostility
Emptiness	Suspiciousness
Fearfulness and anxiety	Confusion and clouding of consciousness
Negative feelings toward self	Diurnal variations of mood
Worry	Drooling (in severe cases)
Helplessness	Unkempt appearance (in severe cases)
Hopelessness	Occasional ulcerations of skin secondary picking
Sence of failure	Crying or whining
Loneliness	Occasional ulcerations of cornea secondary
Uselessness	to decreased blinking
	Weight loss
	Bowel impaction
Cognitive	**Psychomotor retardation**
Low self-esteem	Slowed speech
Pessimism	Slowed movements
Self-blame and criticism	Gestures minimized
Rumination about problems	Shuffing slow gait
Suicidal throughts	Mutism (in severe cases)
Delusions	Stupor or semicoma (in severe cases)
Of uselessness	Cessation of mastication and swallowing
Of unforgivable behavior	(in severe cases)
Nihilistic	Decreased or inhibited blinking (in
Somatic	severe cases)
Hallucinations	
Auditory	**Psychomotor agitation**
Visual	Continued motor activity
Kinesthetic	Wringing of hands
Doubt of values and beliefs	Pincking at skin, which may lead to ulcerations
Difficulty concentrating	Pacing
Poor memory	Restless sleep
	Grasping at others

ANNEXE I (suite)

Symptoms	Observable signs
Physical	Bizarre or inappropriate behavior
Loss of appetite	Suicidal gestures or attem
Fatigability	Negativism such as refusal to ear or drink and stiffness of the body
Sleep disturbance	Outbursis of aggression
Initial insomnis	Falling backward
Terminal insomnis	
Constipation	
Loss of libido	
Pain	
Restlessness	
Vontional	
Loss of motivation or "paralysis of will"	

Reproduit avec la persmission de Blazer, Dan G., II: Depression in late life, St. Louis, 1982. The C.V. Mosby Co.; modified from Beck, A.T.: Depression: causes and treatment, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1967.
Tiré du document de C. Roux et L. Levesque.

ANNEXE II

Tableau
Symptômes de la démence et de la pseudo-démence

Démence	Pseudo-démence
Étiologie	
Multiple : Atrophie cérébrale idiopathique dans 50 p. 100 des cas Maladies cérébrales vasculaires Hypertension artérielle Infarctus cérébraux Hydrocéphalie normotensive	Dépression la plupart du temps
Rares antécédents de dépression	Antécédents de dépression fréquemment chez le patient
Installation dans le temps : vague, insidieuse, imprécise, à tel point que la famille ne s'en rend pas compte	Début habituellement plus précis et plus évident pour les proches
Consultation médicale tardive	Consultation médicale plus rapide
Évolution lente et progressive	Progression rapide
Affect	
Émoussé, superficiel et labile	Triste, déprimé
Parfois triste	Stable
Patient souvent optimiste, fier de réussites banales	Souvent pessimiste, il met ses échecs en relief
Minimise ses troubles	Amplifie ses troubles
Attitude défensive, non coopérative	Attitude plutôt passive
Patient indifférent à son état	Il manifeste une certaine détresse
Tenue souvent négligée	Tenue variable
Comportement	
Patient qui fait beaucoup d'effort pour réussir des tâches simples et s'orienter dans le temps et l'espace (par exemple, il prend des notes, se fie au calendrier)	Il fait peu d'effort
Patient désorganisé malgré ses efforts (par exemple, il se perd dans un corridor)	Moins désorganisé
Patient qui garde le souci de la bienséance (par exemple, il tend la main et salue)	Peu d'intérêt pour ces gestes
Performance identique pour les même gestes	Performance variable pour les mêmes gestes
Accentuation nocturne de ces comportements	Rare accentuation nocturne
Beaucoup moins de **plaintes** somatiques mais des **symptômes** très variables (patient qui dort bien le jour et circule la nuit, anorexie ou polyphagie)	Beaucoup de plaintes d'ordre psychosomatique Atteinte très fréquente du sommeil et de l'appétit
Pensée	
Attention et concentration très faibles	Attention et concentration conservées
Réponse incohérente avec assurance	Il répond souvent sans faire d'effort : «je ne sais pas»
Confusion entre familier et non familier (par exemple, hôpital et maison)	Moins confus
Difficulté à former des concepts, à synthétiser, à différencier	
Désorientation progressive dans les **trois sphères** (temps, espace, lieu)	Meilleure orientation dans les trois sphères
Mémoire	
Symptôme le plus précoce et le plus fréquent	Atteinte légère
Atteinte de la mémoire récente d'abord et de la mémoire ancienne ensuite	Atteinte pour des périodes ou des faits précis (trous de mémoire)
Patient qui s'en plaint peu et de façon vague	Il s'en plaint beaucoup et de façon détaillée
Changement de personnalité Accentuation de traits de caractère ou l'inverse (par exemple, violence, obsession, entêtement)	Rare Patient plus facile à atteindre et plus malléable
Déficit du jugement Patient moins logique	Meilleur jugement

Extrait du: Le Médecin du Québec, juin 1986.

ANNEXE III

FACTEURS ETIOLOGIQUES ET CRITERES DIAGNOSTIQUES DES SYNDROMES CEREBRAUX ORGANIQUES (S.C.O)

(Extrait du D.S.M. III, p. 113 à 135)

Le D.S.M. III répartit les syndromes cérébraux organiques en six catégories:

1. **le Delirium et les Démences** dans lesquels l'affaibilissement des fonctions cognitives est relativement global;

2. **le Syndrome amnésique et l'Etat hallucinatoire organique** dans lesquels il existe une atteinte déficitaire relativement sélective de certaines fonctions cognitives;

3. **le Syndrome délirant organique et le Syndrome affectif organique** dont certaines caractéristiques ressemblent aux Troubles schizophréniques ou affectifs;

4. **le Psycho-syndrome organique** dans lequel la personnalité est touchée;

5. **l'Intoxication et le Syndrome de sevrage** dans lesquels le trouble est associé à la prise ou à la réduction de la prise de substances toxiques ne répondant aux critères d'aucun des syndromes précédents. (En réalité, ces deux syndromes cérébraux organiques sont plus définis par des critères étiologiques que par des critères descriptifs);

6. **le Syndrome cérébral organique atypique ou mixte** qui constitue une catégorie résiduelle pour n'importe quel autre Syndrome cérébral organique non classable dans l'un des précédents syndromes.

(Cet ouvrage ne divise pas les Syndromes cérébraux organiques en formes psychotiques ou non psychotiques ou entre forme aiguë ou chronique, contrairement à d'autres classifications. Alors que ces distinctions avaient été faites sur la base de la sévérité, du mode de survenue et des présomptions prognostiques, la classification présente repose uniquement sur des symptômes cliniques. Cependant, le Delirium correspond schématiquement au concept de syndrome cérébral aigu du D.S.M. 1, la Démence à celui de syndrome cérébral chronique). (pages 113-114).

1- LE DELIRIUM ET LES DEMENCES

a) Le delirum

Facteurs étiologiques. Les causes du Délirium sont habituellement extérieures au système nerveux central et incluent les infections systémiques, les troubles métaboliques tels qu'hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, désordres ioniques, maladies hépatiques ou rénales, déficiences en thiamine, suites opératoires, les intoxications et les productions vocales, particulièrement importantes pendant la nuit, sont d'autres manifestations de la perturbation de l'état émotionnel chez les patients présentant un Delirium.

A l'inverse, les signes neurologiques sont inhabituels dans le Delirium. Néanmoins, une exception importante est la présence de mouvements anormaux. Différentes formes de tremblements sont fréquentes. L'asterixis (mouvement particulier des mains en hypertextension, initialement décrit dans l'encéphalopathie hépatiques), peut aussi bien être retrouvé dans d'autres états de Délirium. Les symptômes neurovégétatifs sont habituels (tachycardie, sueurs, rougeur du visage, pupilles dilatées et pression artérielle élevée).

D'autres troubles des fonctions corticales supérieures dans le Delirium comprennent la dysnomie (incapacité à nommer les objets) et la dysgraphie (altérations de l'écriture) (page 116).

Critères diagnostiques

a) Obnubilation de la conscience (obscurcissement de la conscience de l'environnement) avec réduction de la capacité de déplacer, de concentrer et de soutenir son attention aux stimuli extérieurs.

b) Au moins deux des manifestations suivantes:

   (1) anomalies de perception: erreurs d'interprétation, illusions ou hallucinations;

   (2) discours par moments incohérent;

   (3) perturbation du cycle veille-sommeil, avec insomnie ou somnolence diurne;

(4) augmentation ou diminution de l'activité psychomotrice.

c) Désorientation et troubles amnésiques (si testable).

d) Evolution de cette symptomatologie sur une courte période (habituellement de quelques heures à quelques jours) et tendance à des fluctuations tout au long de la journée.

e) Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'un facteur organique spécifique, jugé étiologiquement lié à la perturbation (pages 117-118).

a) La démence

Facteurs étiologiques. La Démence dégénérative primaire de type Alzheimer est la démence la plus fréquente. D'autres causes sont les affections du système nerveux central (comprenant la neurosyphilis tertiaire, les méningites tuberculeuses et fongiques, l'encéphalite virale, la maladie de Creutzfeldt-Jacob), le traumatisme cérébral (en particulier l'hématome sous-dural chronique), les troubles toxiques et métaboliques (tels que l'anémie pernicieuse ou maladie de Biermer, la carence en acide folique, l'hypothyroïdie, l'intoxication au bromure), la maladie vasculaire (la Démence vasculaire), l'hydrocéphalie à pression normale, des maladies neurologiques comme la chorée de Huntington, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et les état post-anoxiques ou post-hypoglycémiques (page 121).

Critères diagnostiques

a) Diminution des capacités intellectuelles d'une sévérité suffisante pour retentir sur l'insertion sociale et les activités professionnelles.

b) Troubles mnésiques.

c) Au moins une des manifestations suivantes:

(1) altération de la pensée abstraite comme en témoignent des interprétations concrètes de proverbes, une incapacité à identifier des similitudes et des différences apparentes entre des mots, une difficulté à définir des mots et des concepts, et à réaliser d'autres tâches similaires;

(2) altération du jugement;

(3) autres perturbations des fonctions supérieures telles qu'une aphasie (trouble du langage lié à un dysfonctionnement cérébral), une apraxie (incapacité à réaliser une activité motrice malgré une compréhension et des fonctions motrices intactes), une agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes), des troubles des "fonctions constructives": (praxies), par exemple une incapacité à recopier une figure à trois dimensions, à assembler des cubes ou à placer des bâtons selon une configuration déterminée;

d) Absence d'obscurcissement de la conscience, (c'est-à-dire absence des critères du Delirium et du Trouble: Intoxication, bien que ceux-ci puissent être surajoutés à une Démence).

e) Soit (1) ou (2):

(1) Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation.

(2) En l'absence d'une telle mise en évidence, on peut présumer de l'existence d'un facteur organique à l'origine de ce syndrome si les autres affections que celles concernant les troubles mentaux organiques ont été raisonnablement exclues et si les modifications du comportement représentent une altération des processus cognitifs dans des domaines variés.

2- LE SYNDROME MNESIQUE ET L'ETAT HALLUCINATOIRE ORGANIQUE

a) Le syndrome mnésique

Facteurs étiologiques. Le syndrome amnésique peut résulter de n'importe quel processus pathologique responsable d'altérations bilatérales de certaines structures diencéphaliques et temporales médianes (c'est-à-dire les corps mamillaires, le fornix et les structures hippocampiques, l'hypoxie, l'infarcissement du territoire des artères cérébrales postérieures et l'encéphalite herpétique. La forme la plus fréquente du Syndrome amnésique est celle liée à un déficit en thiamine et à une prise chronique d'alcool (page 124).

Critères diagnostiques.

a. L'altération simultanée de la mémoire à court terme (incapacité à fixer de nouvelles informations) et de la mémoire à long terme (incapacité de se rappeler des données auparavant connues) est la caractéristique clinique prédominante.

b. On n'observe ni obscurcissement de la conscience comme dans le Delirium et le Trouble: Intoxication, ni altérations globales des fonctions intellectuelles supérieures comme dans la Démence.

c. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'un facteur organique spécifique, jugé étiologiquement lié à la perturbation (page 124).

b) L'état hallucinatoire organique

Facteurs étiolotiques. L'usage d'hallucinogènes et l'usage prolongé d'alcool sont les causes les plus fréquentes de ce syndrome. Une déprivation sensorielle telle que la cécité ou la surdité en est une autre cause. Des foyers épileptogènes, particulièrement au niveau du lobe temporal ou occipital, peuvent aussi être à l'origine du syndrome (page 127).

Critères diagnostiques.

a. Des hallucinations persistantes ou récurrentes sont les caractéristiques cliniques prédominantes.

b. Ni obscurcissement de la conscience comme dans le Delirium, ni altération marquée des capacités intellectuelles comme dans la Démence, ni perturbations prédominantes de l'humeur comme dans le Syndrome affectif organique, ni idées délirantes au premier plan comme dans le Syndrome délirant organique.

c. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation (page 127).

3- LE SYNDROME DELIRANT ORGANIQUE ET LE SYNDROME AFFECTIF ORGANIQUE

a) Le syndrome délirant organique

Facteurs étiologiques. Ils sont divers. Un certain nombre de substances toxiques (c'est-à-dire amphétamines, cannabis et hallucinogènes) peuvent être responsables de ce syndrome. Certains individus atteints d'une épilepsie temporale ont, entre les crises, un syndrome délirant organique que l'on ne peut quasiment pas distinguer d'une Schizophrénie. Un Syndrome délirant organique a été décrit dans certains cas de chorée de Huntington. Certaines lésions cérébrales, notamment situées dans l'hémisphère non dominant, peuvent être à l'origine de ce syndrome.

Certaines substances toxiques peuvent aussi entraîner un Syndrome délirant organique plus ou moins permanent, sensiblement indentique à la Schizophrénie même si la substance toxique ne subsiste

pas longtemps dans l'organisme, comme c'est le cas pour les "reviviscences" hallucinatoires (page 125).

Critères diagnostiques.

a. Les idées délirantes sont la caractéristique clinique prédominante.

b. Il n'existe ni obscurcissement de la conscience comme dans le Delirium, ni altération marquée des capacités intellectuelles comme dans la Démence. Il n'y a pas d'hallucinations au premier plan comme dans l'Etat hallucinatoire organique.

c. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation (page 126).

b) Le syndrome affectif organique

Facteur étiologiques. Ce syndrome est habituellement dû à un facteur toxique ou métabolique. Certaines substances, particulièrement la réserpine, la méthyldopa et certains hallucinogènes peuvent entraîner un syndrome dépressif. Les troubles endocriniens sont un autre facteur étiologique important et peuvent produire soit un syndrome dépressif, soit un syndrome maniaque, par exemple une hyper ou une hypothyroïdie, un hyper ou un hypocorticosurrénalisme. Les tumeurs du pancréas s'accompagnent parfois d'un syndrome dépressif, peut-être lié à une perturbation

endocrinienne. Les maladies virales peuvent également provoquer un syndrome dépressif. Une maladie avec atteinte des structures anatomiques cérébrales est une cause rare de Syndrome affectif organique (page 128).

Critères diagnostiques.

a. La caractéristique prédominante est une perturbation de l'humeur avec au moins deux des symptômes associés décrits dans les critères B d'un épisode maniaque ou dépressif majeur (voir pages 224 et 228).

b. Ni obscurcissement de la conscience comme dans le Delirium, ni altération marquée des capacités intellectuelles comme dans la Démence, ni idées délirantes ou hallucinations au premier plan comme dans le Syndrome délirant organique ou l'Etat hallucinatoire organique.

c. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation (page 129).

4- LE PSYCHO-SYNDROME ORGANIQUE

Facteurs étiologiques. Le Psycho-syndrome organique est habituellement dû à une lésion cérébrale. Les causes les plus habituelles sont les tumeurs (par exemple, méningiome comprimant les lobes

frontaux), les traumatismes crâniens (incluant le syndrome post-traumatique) et les maladies vasculaires. Un Psycho-syndrome organique caractéristique a été décrit comme une manifestation inter-critique chez des patients souffrants d'une épilepsie temporale. La sclérose en plaques et la chorée de Huntington sont parfois associées à ce syndrome. Les troubles endocriniens (les maladies thyroïdiennes et corticosurrénaliennes) et la prise de certaines substances toxiques sont des causes beaucoup plus rares (page 130).

Critères diagnostiques.

a. Changement net dans le comportement ou la personnalité impliquant au moins une des manifestations suivantes:

   (1) labilité émotionnelle, par exemple accès de colère explosifs ou crises de pleurs;

   (2) altération du contrôle des pulsions, par exemple altération du sens des valeurs sociales, délits sexuels, vol à l'étalage;

   (3) apathie marquée et indifférence, par exemple absence d'intérêt pour les passe-temps habituels;

   (4) méfiance ou mode de pensée persécutoire.

b. Pas d'obscurcissement de la conscience comme dans le Delirium, pas d'altération significative des capacités intellectuelles comme dans la Démence, pas de trouble prédominant de l'humeur

comme dans le Syndrome affectif organique, pas d'idées délirantes ou d'hallucinations au premier plan comme dans le Syndrome délirant organique ou le Syndrome hallucinatoire organique.

c. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'un facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation.

d. Le diagnostic ne peut être porté chez un enfant ou un adolescent si le tableau clinique se limite aux caractéristiques du Trouble déficitaire de l'attention (voir page 47) (page 131).

5. L'INTOXICATION ET LE SYNDROME DE SEVRAGE

a) L'intoxication

Critères diagnostiques d'une Intoxication.

a. Développement d'un syndrome spécifique en rapport avec l'usage récent et la présence dans l'organisme d'une substance toxique.

b. Comportement inadapté durant la période d'éveil, lié aux effets de la subetance sur le système nerveux central, par exemple altération du jugement, agressivité.

c. Le tableau clinique ne correspond à aucun Syndrome cérébral organique spécifique: Delirium, Syndrome délirant organique, Etat hallucinatoire organique ou Syndrome affectif organique (page 133).

c) Le syndrome de sevrage

Crières diagnostiques.

a. Apparition d'un syndrome spécifique à une substance toxique, à la suite de l'interruption ou de la réduction de la prise de cette substance, dont l'utilisation antérieure régulière par l'individu a induit un état d'intoxication.

b. Le tableau clinique ne correspond à aucun Syndrome cérébral organique spécifique: Delirium, Syndrome délirant organique, Etat hallucinatoire organique ou Syndrome affectif organique (page 134).

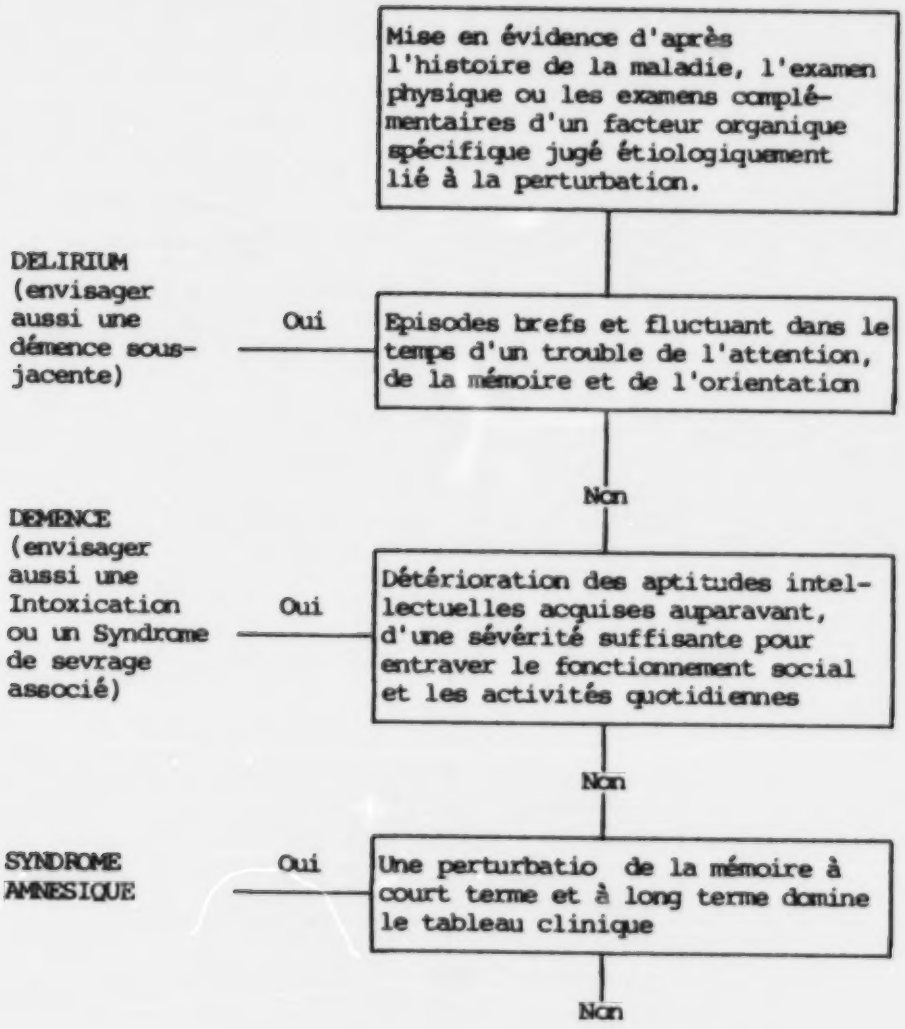
6- LE SYNDROME CEREBRAL ORGANIQUE ATYPIQUE OU MIXTE

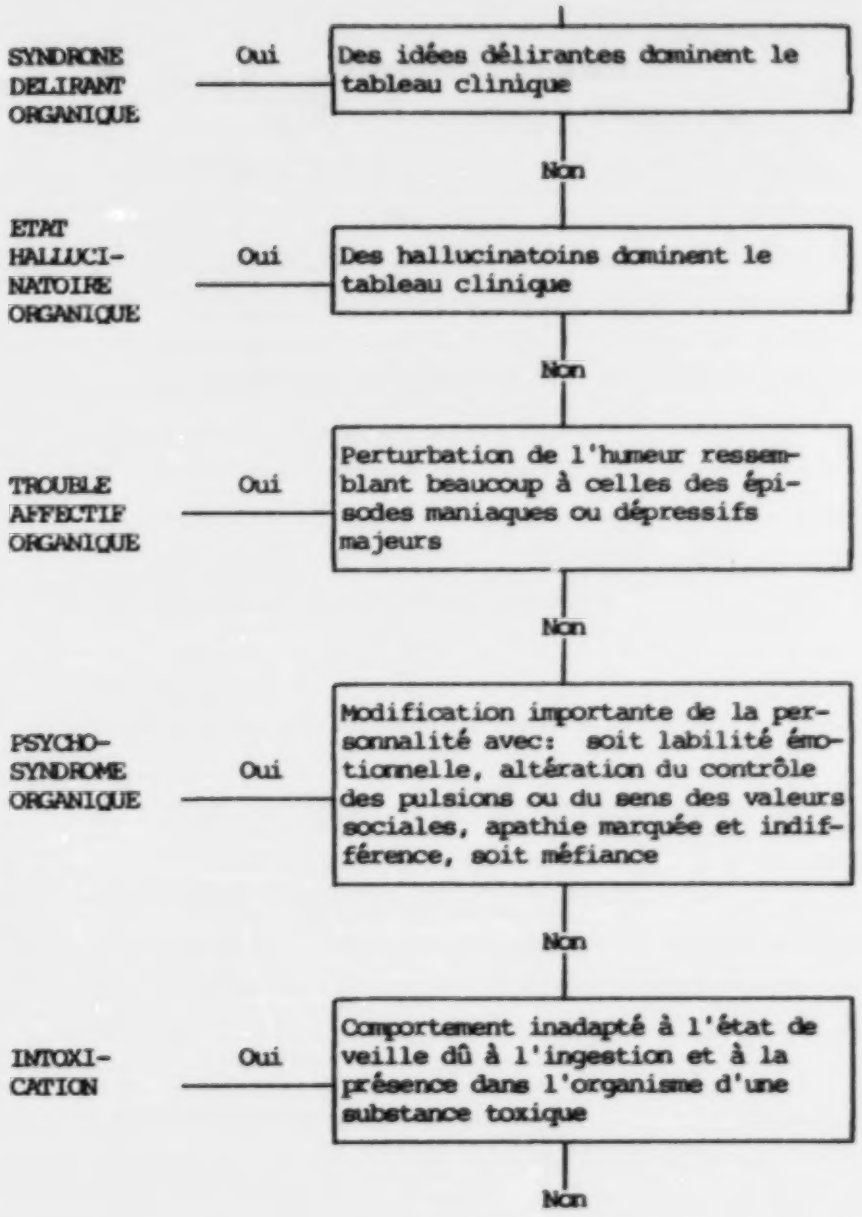
Critères diagnostiques du syndrome cérébral organique atypique ou mixte.

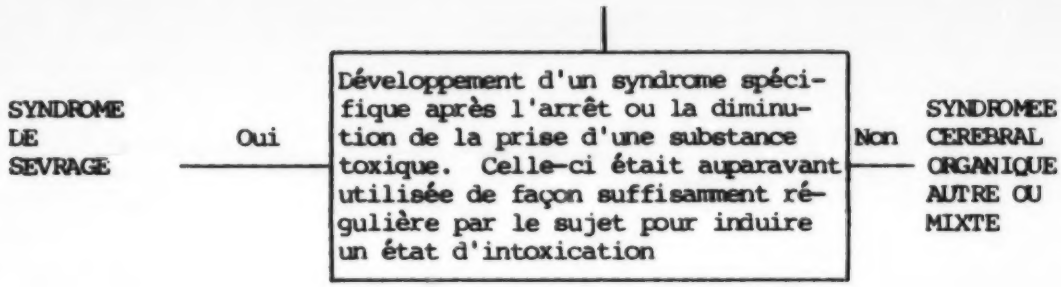
a. Le trouble survient durant l'état de veille et ne répond entièrement à aucun des syndromes cérébraux organiques précédemment décrits.

b. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires d'un facteur organique spécifique jugé étiologiquement lié à la perturbation (page 135).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
DES SYNDROMES CEREBRAUX ORGANIQUES




SYNDROME DELIRANT ORGANIQUE
Oui
Des idées délirantes dominent le tableau clinique
Non
ETAT HALLUCINATOIRE ORGANIQUE
Oui
Des hallucinatoins dominent le tableau clinique
Non
TROUBLE AFFECTIF ORGANIQUE
Oui
Perturbation de l'humeur ressemblant beaucoup à celles des épisodes maniaques ou dépressifs majeurs
Non
PSYCHO-SYNDROME ORGANIQUE
Oui
Modification importante de la personnalité avec: soit labilité émotionnelle, altération du contrôle des pulsions ou du sens des valeurs sociales, apathie marquée et indifférence, soit méfiance
Non
INTOXICATION
Oui
Comportement inadapté à l'état de veille dû à l'ingestion et à la présence dans l'organisme d'une substance toxique
Non


SYNDROME DE SEVRAGE
Oui
Développement d'un syndrome spécifique après l'arrêt ou la diminution de la prise d'une substance toxique. Celle-ci était auparavant utilisée de façon suffisamment régulière par le sujet pour induire un état d'intoxication
Non
SYNDROMEE CEREBRAL ORGANIQUE AUTRE OU MIXTE

BIBLIOGRAPHIE

Amerian Psychiatric Association, D.S.M.- III, Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux, Paris, New-York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paulo, Masson, 1983.

ARCAND, Marcel, L'insuffisance cérébrale aiguë: quand une personne devient confuse, in Le Médecin du Québec, Vol. 18, numéro 10, Octobre 1983, pp. 89-95.

ARIE, Thomas, Moral and the Planning of Psychogeriatric Services, in British Medical Journal, Vol. 3, numéro 767, 1971, pp. 165-171.

ARIE, Thomas, Dementia in the Elderly: Management, in British Medical Journal, Vol. 4, numéro 5892, 8 décembre 1973, pp. 602-604.

ARIE, Thomas, Health Care of the Elderly, Croom Helm London, 1982.

ARIE, Thomas, Pseudodementia, in British Medical Journal, 1983, numéro 286, pp. 1301-1302.

ARONSON, M.K., LIPKOWITZ, R., Senile Dementia Alzheimer's Type: The Family and the Health Care Delivery System, in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 29, numéro 12, Décembre 1981, pp. 568-571.

BARON, Michel, Etat confusionnel (delirium), Psychogériatrie Problèmes et solutions, in Education médicale et continue, Faculté de médecine, Université Laval, 1984, pp. 7-15.

BASSOT, J., Géronto-psychiatrie pratique (1-ière partie), in La Revue de gériatrie, T-6, numéro 1, Janvier 1981, pp. 13-18.

BAYNE, J.R.D., Management of Confusion in Elderly Persons, Conférence, 1978, pp. 1-3.

BEAULIEU, Ginette, Quand le cerveau prend un coup de vieux, in Carrefour des Affaires sociales, Vol. 6, numéro 2, Printemps 1984, pp. 21-25.

BIBLIOGRAPHIE

BEREZIN, M.A., The Psychiatrist and the Geriatric Patient: Partial Grief in Family Members and Others Who Care for the Elderly Patients, in Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 3, 1970, pp. 53-64.

BLAZER, D.G., Depression in Late Life, Toronto, C.V. Mosby, 1982.

BOIFFIN, A., LE GOUES, G., l'Hospitalisation et la personne âgée, in Revue de gériatrie, T-7, numéro 3, Mars 1982, pp. 138-140.

BROLY, Elaine, The Mix of People: Integration versus Segregation, in Long Term Care of Older People, pp. 262-268, Human Sciences Press, New-York, 1977.

BROLY, M. Elaine, The Formal Support Network: Congregate Treatment Setting for Residents with Senescen Brain Dysfunction, in Aging, Vol. 15, 1981, pp. 301-331.

BUSSE, E.W., WANG, H.S., The multitude Factors Contribuing to Dementia, in Old Age: Normal Aging, Duke University, Durham, N.C., 1974.

BUTLER, R.M., Psychiatry and the Elderly on Overview, in American Journal of Psychiatry, Vol. 132, numéro 9, 1975, pp. 893-900.

CHAMPAGNE, Raymond, Troisième âge et santé mentale, Qu'en est-il? in Les Cahiers des journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin, Santé mentale et vieillissement, numéro 4, 1985, pp. 7-16.

CHATELOIS, Jean, RENANSAEAU-LECLERC, Claudine, Considération neuropsychologique sur le vieillissement normal et pathologique, in Santé mentale du Québec, Novembre 1980, Vol. 5, numéro 2, pp. 41-58.

COHEN, G.D., Mental Health Services and the Elderly: Needs and Options, in Ameniran Journal Psychiatry, Vol. 133, numéro 1, Janvier 1976, pp. 65-68.

Conseil de la Santé et des Services sociaux de la région de Montréal Métropolitain, Unités spécifiques en C.A.H. pour les cas présentant des troubles de comportement, Document de travail, Janvier 1983, 4 p.

BIBLIOGRAPHIE

CURLAND, B.J., TOVER, J., Unidimensional and Multidimensional Approaches to the Differentiation of Depression and Dementia in the Elderly, in S. Corkin et al (Eds): Alzheimer's Disease: a Report of Progess, pp. 1119-1125, New York, Raven Press, 1982.

CURLAND, B.J., TOVER, J., Differentiating Dementia from Nondementing Conditions, in R. Mayeux, N. G. Rosen (Eds): The Dementias, app. 1-17, New York, Raven Press, 1983.

DRUMMOND, L., Kirchoff, L., SCARBOROUGH, D.R., A Practical Guide to Reality Orientation: a Treatment Approach for Confusion and Desorientation, in The Gerontologist, 1978, Vol. 18, numéro 6, pp. 568-573.

DUCHARME, Francine, Centres gériatriques, in Nursing Quebec, Vol. 6, numéro 5, Septembre/Octobre 1986.

DUCROS-GAGNE, Mireille, Intégration ou ségrégation en centres gériatriques des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale, in Laboratoire d'interventions cliniques appliquées Chevalier De Lorimier, Novembre 1984, 14 p.

DUFRESNE, Roger, La réorganisation des services dans le secteur des soins prolongés, Conférence, 1979, 6 p.

DUFRESNE, Roger, Vieux ou malade, in Les Cahiers des journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin, Le Vieillissement, 1984, pp. 47-66.

DUIZABO, Ph., Qu'est-ce qu'un vieillard dément? in G. Collin de l'Hortel, Gériatrie clinique, pp. 141-151, Masson, Paris, New York, 1981.

DUVAL-MATHIEU, M., CHAUVIN, A., Vieillards et l'hôpital psychiatrique, in Psychologie médicale, Vol. 13, numéro 4, 1981, pp. 607-612.

FERSTER, C.B., Behavioval Approaches to Depression, in R.J. Friedman et M. M. Katz (Eds), The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Reseach, New York, Holt, Reinhart and Winston, 1974.

BIBLIOGRAPHIE

FRECHETTE, Michel, Psychiatrie du troisième âge, in Psychiatrie clinique: une approche contemporaine, 1978, pp. 668-687.

FREEMAN, F.R., Evaluation of Patients with Progessive Intellectual Deterioration, in Arch Neurol, Vol. 33, 1976, pp. 658-659.

FREUD, S., Mourning and Melancholia, in J. Strachery (Ed), Collected Works of Sigmund Freud: The Standard Edition, Vol. 4, London, Hogarth Press, 1915.

GAUTHIER, Bernard, Le patient confus et une approche globale du traitement en institution, Conférence, 1984.

GERNER, R.H., Depression in the Elderly, in O.J. Kaplan (Ed): Psychopathology of Aging, New York, Academic Press, 1979, pp. 97-148.

GERSHOM, S., HURMAN, S.P., The Differintial Diagnosis of Dementia, in Journal of the American Geriatric Society, 1982, Supplement, Vol. 30, numéro 11, pp. 458-466.

GOLDFARD, A.L., Geriatric Psychiatry Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1967, Baltimore, The Williams and Wilkins Co., pp. 1564-1587.

Gouvernement Canadien, La santé des canadiens, Rapport sur la santé des canadiens, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, Juin, 1981.

Gouvernement du Québec, Des problèmes prioritaires. La maladie selon les âges de la vie, La santé des Québécois, Bibliothèque nationale du Québec, 1983.

Gouvernement du Québec, Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 1985.

BIBLIOGRAPHIE

Group for the Advancement of Psychiatry (G.A.P.), The Aged and Community Mental Health, Vol. 3, Rapport numéro 81, 1971.

GUILLOMOT, Les difficultés psychiatriques pour la personne âgée et son entourage, in Gérontologie et Société, 1981, numéro 22, pp. 74-75.

HABOT, B., LIBOW, L.S., The interrelationship of Mental and Physical Status and its Assessment in the Older Status: Mind-Body Interaction, in J.E. Birren, R.B., Sloane (Eds): Handbook of Mental Health and Aging, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980, pp. 701-716.,

HOBSON, W., REMBERTON, J., The Health and the Elderly at Home, Butterworth and Co, London, 1955.

Hôpital d'Youville, Rapport sommaire du projet de développement en psychogériatrie, Sherbrooke, 1983.

JANOSKY, D.S., Pseudodementia in the Elderly: Differential Diagnosis and Treatment, in Journal of Clinical Psychology, 1982, Vol. 43, numéro 9, Section 2, pp. 19-25.

JOYNT, R.J., SHOULSON, J., Dementia, in D.M. Heilman, E. Valenstein (Eds): Clinical Neuropsychology, pp. 475-502, New York, Oxford, University Press, 1979.

KAHN, R.L., MILLER, N.E., Adaptational Factors in Memory Function in the Aged, in Experimental Aging Research, 1978, Vol. 4, numéro 4, pp. 273-289.

KANE, R.L., OUSLANDER, P.G., ALRASS, J.B., Essentials of Clinical Geriatrics, Toronto, McGraw-Hill, 1984.

KATZMAN, R., Personal Communication, June 2, 1975.

KATZMAN, R., Dementia, in Postgraduate Medecine, 1978, numéro 64, pp. 119-125.

BIBLIOGRAPHIE

KAY, D.W.K., ROTH, M., BEAMISH, P., Old Age Mental Disorders in Newcastle Upon Tyne. A study of Prevalence, in British Journal of Psychiatry, 1964, numéro 110, pp. 146-158.

KILD, Cecil, B., Criteria for Admission of the Elderly to Geriatric and Psychiatric Unit, in Journal of Mental Science, 1962, Vol. 108, pp. 68-79.

KIDD, C.B., Misplacement of the Elderly in Hospital. A Study of Patients Admitted to Geriatric and Mental Hospitals, in British Medical Journal, 1962, Vol. 2, pp. 1491-1495.

LAWTON, M.P., Psychosocial and Environmental Approaches to the Care of Senile Dementia Patients, in Psychosocial and Environmental Care, pp. 265-280, Raven Press, New York, 1980.

LAWTON, M.P., Sensory Depuration and the Effect of the Environment on Management of the Patient with Senile Dementia, in Aging, Vol. 15, 1981, pp. 228-251.

LE GOUES, G., DE MORRAN, A., Boiffin, A., L'abord de l'âgé vu par le clinicien en psychologie, in La Revue de Gériatrie, T-7, numéro 3, Mars 1982, pp. 127-131.

LEVENSON, A.J., Nonfunctional Psychopathology in Late Life, in Journal of Psychiatry, Treatment and Evaluation, 1982, Vol. 4, numéro 1, pp. 63-72.

LIBOW, L.S., Senile Lementia and Pseudo-Senility: Clinical Diagnosis, in C. Eisdorfer, R.A., Friedel (Eds), Cognitive and Emotional Disease in the Elderly, pp. 75-88. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1977.

LIPOWSKI, Z., A new Look at Organic Brain Syndromes, in American Journal of Psychiatry, 1980, Vol. 137, numéro 6, pp. 674-678.

BIBLIOGRAPHIE

LIPOWSKI, Z.J., Organic Mental Disorders: their History and Classification with Special Reference to D.S.M. III, in N.E. Miller, G.D., Cohen (Eds): Clinical Aspects of Alzheimer's Disease and Senile Dementia, Aging, 1981, Vol. 15, pp. 37-54, New York, Raven Press.

LIPOWSKI, Z,J., Organic Brain Syndrome New Classification, Concepts and Prospects, in Canadian Journal and Psychiatry, 1984, numéro 29, pp. 198-204.

L'ITALIEN, Liliane, Le plan de services et le plan d'intervention pour les bénéficiaires de soins de longue durée, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de travail, Septembre 1985.

MARCHAND, Luc, L'insuffisance cérébrale chronique, in Le Médecin du Québec, Vol. 18, numéro 10, Octobre 1983, pp. 97-101.

MARSDEN, C.D., HARRISON, M.J.G., Outcome of Investigation of Patients with Presenile Dementia, in British Medical Journal, 1972, numéro 2, pp. 249-252.

McALLISTER, T.W., PRICE, T.R., Severe Depressive Pseudodementia with and without Dementia, in American Journal of Psychiatry, 1982, Vol. 139, numéro 5, pp. 626-629.

MEZERY, A.G., HODKINSON, H.M., EVANS, G.J., The Elderly in the Wrong Unit, in British Medical Journal, 1968, numéro 3, pp. 16-18.

MILLER, Mary, Suicide after Sixty, in Aging, 1978, numéros 289, 290, p. 28-31.

MILLER, M.E., The Measurement of Mood in Senile Brain Disease: Examiner Ratings and Self-Reports, in J.O. Cole, J.E. Barret (Eds): Psychopathology in the Aged, New York, Raven Press, 1980, pp. 97-118.

BIBLIOGRAPHIE

Ministère des Affaires sociales, Normes et pratiques de gestion, Guide administratif concernant le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, Québec, 1985.

MERENESS, D.A., Family Therapy: an Evolving Role for the Psychiatric Nurse, in Perspectives in Care, 1968, numéro 6, p. 258-259

MISHARA, Brian, L., RIEDEL, Robert, G., Le Vieillissement, Paris, P.U.F., 1984.

MOREAU, C., Etat dépressif, état confusionnel, état démentiel: les pièges du diagnostic de démence, in La Revue de Gériatrie, 1983, Vol. 8, numéro 6, pp. 277-278.

MULLER, C.H., WERTHEIMER, J., Psychogériatrie, Paris, Masson, 1981.

MURPHY, Elaine, Prevention is Better, in Geriatric Medecine, Vol. 14, numéro 2, Février 1984, pp. 75-79.

National Institute of Aging Task Force Senility Reconsidered: Treatment Possibilities for Mental Impairment in the Elderly, in Journal of American Medical Association, 1980, Vol. 244, numéro 3, pp. 259-263.

NEILSEN, J., Geronto-Psychiatric Period-Prevalence Investigation in a Geograffically Delimited Population, in Acto Psychiatry Scandinavia, 1962, numéro 38, pp. 307-330.

Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.), La gérontopsychiatrie dans la collectivité, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1981.

PIETTE, F., Ce que peut attendre un gériatre hospitalo-universitaire de la psychogériatrie, in La Revue de gériatrie, Mars 1982, T-7, numéro 3, pp. 121-124.

PELLETIER, Marie-Claire, Santé mentale, Intervention en milieu familial, in Nursing Quebec, vol. 4, numéro 4, Mai/juin 1984.

BIBLIOGRAPHIE

PEPIN, Paul, Pseudo-déence. Un diagnostic différentiel difficile, in Le médecin du Québec, Janvier 1986, pp. 69-71.

POST, F., The Clinical Psychiatry of Late Life, Oxford, Pergamon, 1965.

POST, F., The Factor of Aging in Affective Disorders, in British Journal of Psychiatry, Special Publication, numéro 2, 1968.

POTVIN, Jacques, Les démences, Education médicale continue, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Conférence, 9-10 novembre, 1984, pp. 15-22.

PROULX, G.B., MANSEAU, C., La neuropsychologie et le Vieillissement, in M. Aumond (Ed), Eléments de gérontologie, T-I, pp. 159-167, Montréal, Maurice Aumond Inc., 1982.

R.A.M.Q., Répertoire des diagnostics. Diagnostics sélectionnés de la classification internationale des maladies (CIM-A), Bibliothèque nationale du Québec, 1-ière édition, Avril 1979.

REIFLER, B.V., LARSON, E., HANLEY, R., Coexistence of Cognitive Impairment and Depression in Geriatric Patients, in American Journal Psychiatry, 1982, Vol. 139, numéro 5, pp. 623-626.

RON, M.A., TOONE, B.K., GARVALDO, M.A., Diagnostic Accuracy in Presenile Dementia, in British Journal Psychiatry, 1979, numéro 134, pp. 161-168.

RONDINET, D., BOIFFIN, A., Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé à partir d'un service de psycho-gériatrie (2-ième partie), in La Revue de gériatrie, Octobre 1981, T-6, numéro 8, pp. 375-379.

ROTH, M., The Diagnosis of Dementia in Late and Middle Life, in J.A. Mortimer, L.M. Schuman (Eds), The Epidemiology of Dementia, New York, Oxford University Press, 1981, pp. 24-61.

BIBLIOGRAPHIE

ROUX, Carole, LEVESQUE, Louise, Confusion: les détériorations cognitives chez les personnes âgées, Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, Février 1985.

RUBENSTEIN, L.Z., ROCKWOOD, K., Outcome of Hospital Admission of the Very Elderly, in American Geriatric Society, Vol. 30, numéro 2, pp. 101-104.

SAINT-ARNAUD, Yves, La personne humaine, Introduction à l'étude de la personne et des relations interpersonnelles, Montréal, Les Editions de l'homme, 1974.

SATIR, V., Thérapies du couple et de la famille, Paris: Epi, 1971.

SALZMAN, Carl, SHADER, Richard, I., Depression in the Elderly. Relationship between Depression Psychologic Defense Mechanisms and Physical Illness, in Journal of the American Geriatrics Society, 1978, Vol. 26, numéro 6, pp. 253-254.

SCARBOROUGH, D.R., Intervention in Confused States in the Elderly, in J.M. Burnside (Ed): Nursing and the Aged, pp. 201-209, New York, McGraw-Hill, 2-ième édition, 1981.

SELTZER, B., SHERWIN, I., Organic Brain Syndrome an Empirical Study and Critical Review, in American Journal of Psychiatry, 1978, numéro 135, pp. 13-21

Services for the Elderly Ill, Services of the Mentally Ill, pp. 1-31.

SHORE, D., OVERMAN, C.A., WYATT, R.J., Improving Accuracy in the Diagnosis of Alzheimer's Disease, in Journal of Clinical Psychiatry, 1983, Vol. 44, numéro 6, pp. 207-212.

SKELTON, D., Un département de médecine gériatrique dans un hôpital canadien d'enseignement, in Médecine moderne du Canada, Décembre 1978, Vol. 33, numéro 12, pp. 1783-1788.

BIBLIOGRAPHIE

SMALL, Gary, W., JARVIK, Lisy, F., The Dementia Syndrome, in Thelancet, Décembre 25, 1982, Vol. 2, numéro 8313, pp. 1443-1446.

STEEL, K., FELDMAN, R.G., Diagnosis Dementia and its Treatable causes, in Geriatrics, 1979, pp. 79-88.

SULLIVAN, H.S., The Interpersonal Theory of Psychiatry, New York, Norton, 1953.

TALLIVER, Lennie-Marie, Social and Mental Health Needs of the Aged, in American Psychologist, March 1983, pp. 316-318.

TESSIER, J.-F., MONTY, M.D., LEGER, J.-M., Besoins et limites du maintien au domicile des personnes âgées souffrant de troubles psychiques, in Gérontologie, Mai 1984, numéro 50, pp. 3-10.

TOMBINSON, B.E., BLESSED, G., ROTH, M., Observation on the Brains of Demented Old People, in Journal of Neurology Sciences, 1970, numéro 11, pp. 205-242.

TOURIGNY-RIVARD, Marie-France, La dépression chez les personnes âgées: diagnostic et traitement, Conférence, Faculté de médecine, Université de Montréal, Juillet 1984.

VELLAS, P., A propos de la prévention des dépressions du grand âge, in La Revue de gériatrie, T-7, numéro 2, Février 1982, pp. 77-79.

WASYLENKI, Donald, La psychogériatrie et ses problèmes, in Santé mentale au Canada, Septembre 1982, Vol. 30, numéro 3, pp. 18-22.

WASYLENSKI, D.A., BRITNEL, J., HARRISSON, K.M., BAS, J.H., A Community Based Psychogériatric Service, in Journal of the American Geriatrics Society, 1984, Vol. 32, numéro 3, pp. 213-219.

WELLS, E., Charles, Chronic Brain Disease: An Overview, in American Journal of Psychiatry, 1978, Vol. 135, numéro 1, pp. 1-12.

BIBLIOGRAPHIE

WELLS, C., DUNCAN, G.W., Danger of Overreliance on Computerized Cranial Tomography, in American Journal of Psychiatry, 1978, Vol. 134, pp. 8-11.

WELLS, C.E., Pseudodementia, in American Journal of Psychiatry, 1979, Vol. 136, numéro 7, pp. 895-900.

WELLS, C.E., The Differential Diagnosis of Psychiatry Disorders in The Elderly, in J.A. Cole, J.E. Barrett (Eds): Psychopathology in the Aged, pp. 19-31, New York, Raven Press, 1980.

WELLS, C.E., Refinements in the Diagnosis of Dementia, in American Journal of Psychiatry, 1982, Vol. 139, numéro 5, pp. 621-622.

WILLIAMSON, J., GRAY, S., STOKOE, J.H., Old People at Home: their Unreported Needs, in Lancet, 1964, numéro 1, pp. 1117-1120.

WILLIAMSON, J., Health Care of the Elderly Theory and Practice, Edinburg, University of Edinburg, Octobre 1982.

ZARIT, S.H., ORR, N.K., The Hidden Victims of Alzheimers Disease, New-York, New-York University Press, 1985.